

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**“Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar
en Púerperas del HGZ No. 46.”**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

M. C. ESTELA SURISADAI BROCA JIMÉNEZ

Director (es):

MED. ESP. RICARDO GONZÁLEZ ANOYA

MED. ESP. MARIO DE JESÚS DZIB XOOL

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2023



Autorización de impresión de Tesis



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura
del Área de
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 26 de enero de 2023

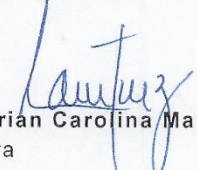
Of. No. 163/DACS/JI

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Estela Surisadai Broca Jiménez
Especialización en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Conocimientos, Actitudes y Practicas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46**" con índice de similitud **15%** y registro del proyecto No. **JI-PG-100**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Elías Hernández Cornelio, Dra. Isolda Yazmín Álvarez García, Dra. Griselda Hernández Ramírez, Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde funge como Directores de Tesis: Dr. Ricardo González Anoya y el M.E. Mario de Jesús Dzib Xool.

Atentamente


Dra. Mirián Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Ricrdo González Anoya. – Director de tesis
C.c.p.- Dr. Mario de Jesús Dzib Xool. – Director de tesis
C.c.p.- Dr. Elias Hernández Cornelio. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Isolda Yazmín Álvarez García. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Griselda Hernández Ramírez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Herenia del Carmen Sánchez Padrón. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez. – Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/LMC/FI/D/MSA

Miembro CUMEX desde 2008
Consortio de
Universidades
Mexicanas
UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6360, e-mail: investigacion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



Acta de revisión de Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 10 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Conocimientos, Actitudes y Practicas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46"

Presentada por el alumno (a):

Broca	Jiménez	Estela Surisadai
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

2	0	1	E	7	0	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

E.M.F. Ricardo González Anoya
M.E. Mario de Jesús Dzib Xool
Directores de Tesis

Dr. Elías Hernández Cornelio

Dra. Yazmin Isela Alvarez Garcia

Dra. Griselda Hernández Ramírez

Dra. Hereniá del Carmen Padrón Sánchez

Dr. Sergio Quiroz Gómez




Carta de cesión de derechos

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 16 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, Estela Surisadai Broca Jiménez, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70003 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46.", bajo la Dirección del Dr. Ricardo González Anoya y del Dr. Mario de Jesús Dzib Xool, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: estela-sagitario@hotmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Estela Surisadai Broca Jiménez

Nombre y Firma





DEDICATORIAS

Le dedico este producto de mi investigación, primero que nada, a Dios por permitirme concluirlo y llegar hasta este punto de mi vida. A mis padres y a mi hermana, así como a mi demás familia y amigos por su apoyo constante.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias a Dios por permitirme seguir con vida y poder concluir mis estudios de especialidad.

A mis padres y a mi hermana por apoyarme a lo largo de todo el camino recorrido, por brindarme su cariño, amor, su comprensión y apoyo económico.

Gracias a todos los médicos especialistas que me formaron en este tiempo y por los conocimientos brindados.

A mis asesores de tesis que me brindaron su conocimiento, apoyo y tiempo para la elaboración de esta tesis.

Por último, doy gracias a mis compañeros y amigo por su apoyo brindado.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ABREVIATURAS	XI
GLOSARIO	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Marco referencial	3
2.2. Marco conceptual	6
2.3. Estudios relacionados	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. JUSTIFICACIÓN	16
5. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
5.1. Objetivo General	18
5.2. Objetivos específicos	18
6. MATERIAL Y MÉTODOS	19
6.1. Diseño de investigación	19
6.2. Población	19
6.3. Muestra y muestreo	19
6.4. Criterios inclusión y exclusión	20
6.4.1. Criterios de inclusión	20
6.4.2. Criterios de exclusión	20
6.4.3. Criterios de eliminación	20
6.5. Material/instrumentos	21
6.6. Método de recolección de datos	21
6.7. Proceso de recolección de datos	21
6.8. Estrategias de análisis	22
6.9. Operacionalización de las variables	23
6.10. Aspectos éticos	26
6.10.1. La Asociación Médica Mundial	26



6.10.2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.	26
6.10.3. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.	27
6.11. Aspectos administrativos.	28
6.11.1. Recursos humanos.	28
6.11.2. Recursos materiales.	28
6.12. Financiamiento.	29
6.13. Factibilidad.	29
7. RESULTADOS.	30
7.1. Características sociodemográficas de las encuestadas.	30
7.2. Antecedentes gineco-obstétricos.	32
7.3. Información sobre los métodos de PF.	34
7.4. Conocimientos de las puérperas sobre los métodos de PF.	35
7.5. Actitudes de las puérperas sobre los métodos de PF.	36
7.6. Prácticas de las puérperas sobre los métodos de PF.	36
7.6.1. Factores asociados de las puérperas al rechazo de los métodos de PF.	37
7.6.2. Análisis de fiabilidad del instrumento.	42
8. DISCUSIÓN.	43
8.1. Características sociodemográficas.	43
8.2. Razones de rechazo de los métodos de PF poscesárea y posparto.	44
8.3. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos de PF.	45
9. CONCLUSIONES.	46
10. PERSPECTIVAS.	48
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	50
ANEXOS.	54



ÍNDICE DE TABLAS

Contenido	Página
Tabla 1 Características sociodemográficas de las encuestadas.....	31
Tabla 2 Antecedentes gineco-obstétricos	33
Tabla 3 Persona que le informó sobre los métodos de PF.....	34
Tabla 4 Fuentes de información sobre los métodos de PF	35
Tabla 5 Conocimientos sobre los métodos de PF	36
Tabla 6 Actitudes hacia los métodos de PF.....	36
Tabla 7 Prácticas sobre los métodos de PF	36
Tabla 8 Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov.....	37
Tabla 9 Matriz de correlación de Spearman.....	40
Tabla 10 Fiabilidad del instrumento	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenido	Página
Gráfica 1 Edad de la menarca.....	60
Gráfica 2 Periodo menstrual	60
Gráfica 3 Parejas sexuales en la vida.....	61
Gráfica 4 Número de hijos.....	61
Gráfica 5 Número de gestas.....	62
Gráfica 6 Número de partos	62
Gráfica 7 Número de abortos	63
Gráfica 8 Número de cesáreas.....	63
Gráfica 9 Edad de inicio de la vida sexual activa	64
Gráfica 10 Duración del periodo intergenésico.....	64
Gráfica 11 Persona que le informó sobre métodos de PF.....	65
Gráfica 12 Fuente de información de métodos de PF.....	65
Gráfica 13 Oyó hablar sobre los métodos de PF.....	66
Gráfica 14 Conoce la función de los métodos de PF	66
Gráfica 15 Tiempo adecuado para usar los métodos de PF.....	67
Gráfica 16 Conocimiento particular de un método de PF.....	67



Gráfica 17	Conocimiento de algún método de PF.....	68
Gráfica 18	Método de PF que considera el más seguro	68
Gráfica 19	Método de PF que previene el embarazo y evita las ITS	69
Gráfica 20	Resultados de no utilizar un método de PF	69
Gráfica 21	Pensamiento sobre las pastillas de emergencias para evitar el embarazo	70
Gráfica 22	Pensamiento sobre los hormonales inyectables	70
Gráfica 23	Pensamiento sobre el parche transdérmico	71
Gráfica 24	Pensamiento sobre el implante subdérmico	71
Gráfica 25	Pensamiento sobre el condón	72
Gráfica 26	Pensamiento sobre la OTB y la vasectomía	72
Gráfica 27	Pensamiento sobre el DIU.....	73
Gráfica 28	Impedimento para utilizar un método de PF.....	73
Gráfica 29	Consciencia de los efectos del uso del método de PF.....	74
Gráfica 30	Sentimiento de presión para usar un método de PF	74
Gráfica 31	Se siente presionada para usar métodos de PF	75
Gráfica 32	Razón de rechazo para hormonales inyectables	75
Gráfica 33	Razón para rechazar las tabletas	76
Gráfica 34	Razón para rechazar el DIU.....	76
Gráfica 35	Razón para rechazar el condón	77
Gráfica 36	Métodos de PF conocidos ya utilizados	77
Gráfica 37	Métodos de PF utilizados	78
Gráfica 38	Complicaciones percibidas de los métodos de PF.....	78
Gráfica 39	Fallas percibidas de los métodos de PF	79
Gráfica 40	Método recomendado después del parto, cesárea o aborto	79
Gráfica 41	Clasificación de conocimientos	80
Gráfica 42	Clasificación de actitudes	80
Gráfica 43	Clasificación de prácticas	81



ABREVIATURAS

1. **AMM.** Asociación Médica Mundial
2. **APP.** Anticonceptivos Posparto
3. **CIAE.** Coordinación de Información y Análisis y Estratégicos
4. **DE.** Desviación estándar
5. **DIU.** Dispositivo intrauterino
6. **ENADID.** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
7. **Ensanut.** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
8. **IBM.** International Business Machines
9. **IC.** Intervalo de confianza
10. **IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social
11. **INEGI.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
12. **ISEM.** Instituto de Salud del Estado de México
13. **LARC.** Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración
14. **MEF.** Mujeres en Edad Fértil
15. **MEFSA.** Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas
16. **MEFU.** Mujeres en Edad Fértil Unidas
17. **MELA.** Método de amenorrea de la lactancia
18. **NIA.** Necesidades Insatisfechas de Anticoncepción
19. **OMS.** Organización Mundial de la Salud
20. **PETET.** Programa Especial de Población del Estado de Tabasco
21. **p-valor.** Significación bilateral
22. **r.** Coeficiente de correlación
23. **SPSS.** Statistical Package for the Social Sciences
24. **SSA.** Secretaria de Salud
25. **SSR.** Salud Sexual y Reproductiva
26. **TFA.** Tasa de Fecundidad Adolescente
27. **TGF.** Tasa Global de Fecundidad
28. **UMF.** Unidad de Medicina Familiar
29. **UNFPA.** Fondo de Población de las Naciones Unidas
30. **VIH.** Virus de Inmunodeficiencia Adquirida



GLOSARIO

- 1. Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARC).** Describe una gama de métodos anticonceptivos reversibles, altamente efectivos, que actúan durante un período de tiempo prolongado. Incluye principalmente el SIU (Sistema Intrauterino), el DIU (T de cobre) y el Implante.
- 2. Método de amenorrea de la lactancia (MELA).** Es un método anticonceptivo en el que se informa y apoya a la madre sobre cómo utilizar la lactancia para la anticoncepción.
- 3. Mujeres en Edad Fértil (MEF).** Son mujeres que se encuentran en la etapa reproductiva entre los 15 a los 49 años de edad, dicha delimitación no incluye sin embargo la adolescencia temprana, donde se ha reportado millones de casos de embarazos producto de diferentes circunstancias.
- 4. Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA).** Se consideran mujeres en edad fértil y sexualmente activas aquellas que tienen entre 15 y 49 años, y que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la entrevista.
- 5. Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU).** Son las mujeres entre 15 y 49 años de edad que se encuentran casadas o viven en unión libre.
- 6. Necesidades Insatisfechas de Anticoncepción (NIA).** Porcentaje de mujeres fértiles, activas sexualmente, que reportan no querer más hijos o que desean retrasar el siguiente embarazo y que no usan ningún método anticonceptivo.
- 7. Salud Sexual y Reproductiva (SSR).** Es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo.
- 8. Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA).** Número de nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad.
- 9. Tasa Global de Fecundidad (TGF).** Es el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva (15 a 49 años de edad).



RESUMEN

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púérperas del HGZ No. 46.

Estela Surisadai Broca Jiménez ^a, Mario de Jesús Dzib Xool ^b Ricardo González Anoya ^c

a Residente de tercer año de Medicina Familiar en UMF No. 39 en Villahermosa, Tabasco

b Med. Esp. en Ginecología y Obstetricia en HGZ No. 46 Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce en Villahermosa, Tabasco

c Med. Esp. en Medicina Familiar en UMF No. 39 en Villahermosa, Tabasco.

Introducción: El uso de métodos anticonceptivos en el estado de Tabasco ha aumentado de manera discreta, consiguiendo 2.4 hijos por mujer. Sin embargo, se ha observado con frecuencia que las púérperas del IMSS HGZ No. 46, rechazan los anticonceptivos posparto por diversas causas, entre las que se podrían mencionar: los conocimientos regulares y malos, las actitudes desfavorables y las prácticas desfavorables. **Objetivo:** caracterizar los conocimientos, actitudes y las prácticas de las pacientes púérperas respecto a los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo, con una n=311 púérperas de 20-34 años con diagnóstico posparto y poscesárea, se utilizó el instrumento "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Púérperas en cuanto a Planificación Familiar"; los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS 25, se aplicaron las pruebas: normalidad Kolmogórov-Smirnov y correlación de Spearman. **Resultados:** las púérperas alcanzaron conocimientos sobre los métodos de planificación familiar; buenos (69.1%), la edad promedio fue de 26 años (DE=4.906; 20-34), el (30.9%) tenían estudios de preparatoria, el (45.1%) vivían en unión libre, el (56.3%) no percibían salario, las actitudes; favorables (54.7%) y las prácticas desfavorables (63.0%), por último, se observó correlación entre las características sociodemográficas y las variables del estudio. **Conclusión:** se halló que el rechazo de los métodos de planificación familiar por parte de las púérperas es debido a las prácticas desfavorables presentes, puesto que el conocimiento es bueno y las actitudes son favorables.

Palabras clave: métodos anticonceptivos, planificación familiar, púérperas.



ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Practices of Family Planning in Postpartum Women of the HGZ No. 46.

Estela Surisadai Broca Jiménez ^a, Mario de Jesús Dzib Xool ^b Ricardo González Anoya ^c

a Third-year resident of Family Medicine at UMF 39 in Villahermosa, Tabasco

b Med. Esp. in Gynecology and Obstetrics at HGZ 46 Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce in Villahermosa, Tabasco

c Med. Esp. in Family Medicine at UMF 39 in Villahermosa, Tabasco.

Introduction: the use of contraceptive methods in the state of Tabasco has increased slightly, achieving 2.4 children per woman. However, it has been frequently observed that puerperal women at the IMSS HGZ N° 46, reject postpartum contraceptives for various reasons, among which could be mentioned: regular and poor knowledge, unfavorable attitudes and unfavorable practices.

Objective: to characterize the knowledge, attitudes and practices of postpartum patients regarding the family planning methods of IMSS HGZ No. 46. **Material and**

methods: a descriptive observational study was carried out, with n=311 puerperal women aged 20-34 with a postpartum and post-cesarean diagnosis, the instrument "Knowledge, Attitudes and Practices of Postpartum Patients regarding Family Planning" was used; the data were analyzed with the IBM SPSS 25 program, the following tests were applied: Kolmogórov-Smirnov normality and Spearman's correlation. **Results:** the puerperal women gained knowledge about family planning methods; good (69.1%), the average age was 26 years (SD=4.906; 20-34), (30.9%) had high school studies, (45.1%) lived in a free union, (56.3%) did not receive salary, attitudes; favorable (54.7%) and unfavorable practices (63.0%), finally, a correlation was observed between the sociodemographic characteristics and the study variables. **Conclusion:** it was found that the rejection of family planning methods by postpartum women is due to the unfavorable practices present, since knowledge is good and attitudes are favorable.

Keywords: contraceptive methods, family planning, postpartum women.



1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación familiar proporciona los elementos necesarios para que las personas decidan sobre el número de hijos, así como, elegir los intervalos de tiempo entre los embarazos, mediante la información y los servicios relativos a métodos anticonceptivos, los cuales son esenciales tanto para la salud como para los derechos de todas las personas¹.

A continuación, se presentan algunos beneficios de la planificación familiar, centrados no solo en la prevención de embarazos no deseados, sino también en la disminución de los trastornos concernientes a la gestación y a la mortalidad materna. Además, la prevención de embarazos en mujeres jóvenes y mayores debido a que tienen una alta frecuencia de presentar problemas procedentes de partos prematuros¹.

Así mismo, las estimaciones de la OMS sugieren que, en 2017, 214 millones de mujeres en edad fértil originarias de los países en vías de desarrollo, tenían necesidades de anticoncepción insatisfechas por diversos motivos, entre los que destacan: 1. Acceso y opciones mínimos a métodos anticonceptivos, 2. Miedo y experiencias negativas a los efectos secundarios, 3. Impedimento cultural o religioso, 4. Servicios disponibles deficientes y 5. Inconvenientes referentes a razones de género¹.

Por otra parte, la Dra. Chan, entonces directora general de la OMS, mencionaba: que el acceso a la contracepción actual se considera un derecho esencial para todas las mujeres. Dado que, este derecho incluye el deber de respetar la dignidad de la mujer, ofreciéndole toda la información necesaria sobre los métodos anticonceptivos que le permita a la mujer el decidir de manera libre e informada sobre la forma de planificación familiar, más acorde a sus necesidades².

Habría que decir también, que la atención debe centrarse en la incorporación de la planificación familiar como un elemento fundamental en los servicios de atención primaria en salud, y que sea abordado en el periodo prenatal, e inmediato



al parto o aborto. También debe conseguir la existencia continua y la aceptación de métodos anticonceptivos de larga duración e inclusive permanentes (DIU, implantes anticonceptivos, la vasectomía y la OTB)².

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco referencial.

En relación con, las estimaciones de la OMS, en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) en el mundo, de las que 1112 millones precisan planificación familiar, de ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones padecen carencias en materia de anticoncepción, es decir, que no están cubiertas por el sistema de salud de sus países^{3, 4}.

Por otra parte, la OMS, menciona que el (75.7%) a nivel mundial de las mujeres en edad reproductiva con necesidades de planificación familiar se encuentran satisfechas con los métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, en África Central y Occidental esta cifra no alcanzaba el (50%). Además, los condones son el único método anticonceptivo que puede evitar tanto el embarazo como la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluida la causada por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). De igual modo, el uso de anticonceptivos fomenta el derecho que tienen las personas a decidir sobre el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos⁶.

Además, el uso de anticonceptivos beneficia la salud de las mujeres, puesto que previenen riesgos relacionados con el embarazo, también cuando el intervalo de nacimientos es inferior a dos años, en contraste con la tasa de mortalidad infantil se reduce drásticamente cuando el periodo intergenésico es mayor a cuatro años, por otro lado, los métodos anticonceptivos brindan en las mujeres; mayores oportunidades de educación y autonomía, y para los países un crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles^{4, 7}.

No obstante, entre los años 2000 y 2019, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva casadas aumentó a nivel mundial tan solo (2.1%) por cada década; pasando del (55.0%) al (59.5%). Dicho lo anterior, los motivos que figuran dentro de este lento aumento están: Una escasa oferta de métodos, un acceso limitado a los servicios de planificación familiar, principalmente en personas jóvenes, pobres y solteras, el miedo a las



reacciones adversas, sufridas con anterioridad, la resistencia por razones culturales o religiosas, la mala calidad en los servicios de planificación familiar disponibles, las aprensiones de usuarios y de los profesionales de salud contra algunos métodos anticonceptivos, y los impedimentos por razón de género para acceder a los servicios de planificación familiar^{5, 7}.

Más aún, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), refiere que el acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano y es esencial para la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres, lo que es un factor clave para reducir la pobreza⁸.

Al mismo tiempo, se calcula que unos 217 millones de mujeres que quieren utilizar métodos anticonceptivos seguros y eficaces no pueden hacerlo puesto que carecen de información, los servicios de planificación familiar o el apoyo de las parejas o comunidades, lo que amenaza la posibilidad de crear un mejor futuro para ellas, sus familias y sus comunidades⁸.

Igualmente, la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México habitan casi 32 millones de mujeres de 15 a 49 años de edad, es decir, aproximadamente el (52%) del total de la población femenina en el país. En México, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA) es de 75.54%⁹.

Simultáneamente, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), las mujeres en edad fértil manifiestan una demanda insatisfecha de métodos modernos de planificación familiar. En este contexto a nivel nacional el 11.4% de las mujeres mantienen una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Cabe mencionar que el porcentaje de las mujeres hablantes de lengua indígena, alcanza el 18.6%⁹.

Teniendo en cuenta, que la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 en Tabasco: La edad mediana a la primera Relación Sexual era de 17.7 años, comparado con los 17.7 años para el resto del país. Mientras que la edad mediana para el uso del primer método anticonceptivo fue de 21.8 años comparado



con los 21.9 años para el resto del país. Es decir, que la mitad de la Mujeres en Edad Fértil (MEF) de Tabasco tuvo su primera relación sexual en la adolescencia, y el uso del primer método anticonceptivos fue hasta cuatro años después. Cabe mencionar que las adolescentes son el segundo grupo con mayor uso de algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual con un (44.2%) mientras que en el resto del país lo hace un (54.8%). Por otro lado, el método anticonceptivo más utilizado por las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de Tabasco en su primera relación sexual fue el condón ya que en 2009 fue del (67.8%) y para 2014 alcanzó el (80.5%) es decir, un crecimiento del (12.7%)¹⁰.

Para ejemplificar las razones proporcionadas por las Mujeres en Edad Fértil (MEF) para no utilizar un método anticonceptivo en la primera relación sexual: 1. No conocían los métodos anticonceptivos con (31.6%), 2. No planeaban tener relación sexual con (29.3%), 3. Querían embarazarse con 22.8%, y 4. No creyeron que podrían quedar embarazadas con (14.4%). Es importante señalar que de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) que contestaron que no conocían los métodos anticonceptivos el (51.4%) de ellas no tenían escolaridad. También en 2014, el (53.4%) de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de Tabasco son sexualmente activas, en cuanto a la prevalencia anticonceptiva en las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA) está fue de (69.2%) en 2009 y alcanzando el (70.4%) en 2014. Aunque las adolescentes son quienes menos usan métodos anticonceptivos, fueron este grupo quienes incrementaron su prevalencia pasando del (46.4%) en 2009 y aumentando hasta un (57.2%) en 2014^{10,11}.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos de las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA) en 2009 equivalía al (65.5%) mientras que para el 2014 era del (66.1%) es decir, hubo un crecimiento discreto. Cabe señalar que el aumento de la prevalencia anticonceptiva de Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), se produjo por la participación masculina de (10.6%) en 2009 a (13.2%) en 2014. Es importante mencionar que las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), en Tabasco en 2015 obtuvieron los métodos anticonceptivos en Instituciones Públicas con (78.5%) e Instituciones



Privadas con (21.5%). Ahora bien, la prevalencia de Necesidades Insatisfechas de Anticoncepción (NIA) en el estado es de (4.5%) y de ellos; el grupo de edad con mayor Necesidades Insatisfechas de Anticoncepción (NIA) en las Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), es el grupo de 15 a 19 años con (13.1%)^{11,12}.

En esa misma línea, las preferencias reproductivas señalan que del total de mujeres embarazadas el (73.8%) tuvieron un embarazo planeado, mientras que el (26.2%) tuvieron un embarazo no planeado o no deseado. De igual manera la mayor prevalencia de embarazos no planeados o no deseados se encuentra en las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 15 a 19 años de edad con (40.6%). Finalmente, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en las Mujeres en Edad Fértil (MEF) es de 2.26 hijos. En cuanto a la atención materno infantil al 77.2% de las embarazadas se les ofreció un método anticonceptivo, luego de su embarazo. En cuanto a la atención del parto la prevalencia de partos por cesárea fue de (48.1%) en 2014, ligeramente mayor a la prevalencia nacional que fue de (46.3%). De acuerdo, a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el fácil acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y de buena calidad, que abarquen una amplia gama de métodos anticonceptivos, es fundamental para el desarrollo de un estado de derecho y para el bienestar tanto de mujeres y niñas como de hombres y niños^{10, 12}.

2.2. Marco conceptual.

De acuerdo, al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas¹³.

Por lo tanto, la Planificación Familiar tiene las siguientes ventajas para las mujeres y hombres: 1. Permite tomar decisiones bien informadas sobre el espaciamiento y el número de hijos/hijas, 2. Permite reducir la mortalidad infantil y el bajo peso al nacer, 3. Disminuye los costos asociados a la atención médica, 4.



Contribuye a reducir hasta en una tercera parte la mortalidad materna, 5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, 6. Contribuye a la sostenibilidad del sistema ambiental, 7. Reduce hasta tres cuartas partes el número de abortos, 8. Contribuye a la reducción de la pobreza y a mejorar el desarrollo económico, 10. Permite tomar decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva, 11. Algunos métodos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y 11. Contribuye a mejorar el desarrollo social de familias y comunidades^{13, 14}.

Mientras que ProSalud, define a la planificación familiar como el derecho que las parejas e individuos tienen de decidir responsable, libre, voluntariamente el número de hijos que quieren tener y cuando tenerlos. Para ello, existen Métodos anticonceptivos temporales y permanentes¹⁵.

Así mismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. Por otro lado, el puerperio, se refiere al proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada, es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundos días posparto^{16, 17, 18}.

El ciclo menstrual, es el periodo de 28 +/- 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de los folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo. La edad fértil o reproductiva, es la etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. El posparto, es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más. La poscesárea, es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica



abdominal de un embarazo de 21 semanas o más. Mientras que el posaborto, es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas o más. La relación sexual, se refiere al conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos. Su objetivo primario es la reproducción^{16, 17, 19, 20}.

Cabe mencionar que los métodos anticonceptivos o métodos contraceptivos son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Es decir, que los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y se mencionan a continuación: Temporales: 1. Hormonales orales. 2. Hormonales inyectables. 3. Hormonales subdérmicos. 4. Dispositivo intrauterino (DIU). 5. De barrera y espermicidas. 6. Naturales; sintotérmico, Billings, método de amenorrea de la lactancia (MELA) y de abstinencia periódica. Permanentes: 1. Oclusión tubaria bilateral (OTB). 2. Vasectomía^{16, 18, 21, 22}.

Es importante señalar que cada persona debe elegir su método anticonceptivo de acuerdo a su situación de vida particular (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores y situación socioeconómica). Así mismo, se deben tomar en cuenta, que las características del método anticonceptivo sean tolerables para la mujer y así como, los efectos que tendrá sobre sus condiciones de salud por la utilización del método anticonceptivo (presión alta, hábito tabáquico, enfermedades cardiovasculares, infecciones vaginales, entre otras). Por lo que el papel del profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de forma que la usuaria tome su propia decisión, libre e informada. Para ello, el profesional de salud debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o los probables problemas que resulten, así como, ofrecer el cambio de método anticonceptivo si la usuaria así lo requiere^{5, 23, 24}.



2.3. Estudios relacionados.

La presente investigación se sustenta en las siguientes investigaciones, localizadas a través de una búsqueda en bases de datos: Scielo, Redalyc y Pubmed, los estudios relacionados se describen a continuación en orden de relevancia.

En Veracruz, Veracruz. México en el 2021 Vázquez Ovando y cols., realizaron un estudio con el objetivo de: determinar cuales son los factores que motivan a las mujeres en puerperio inmediato del servicio de Ginecología y Obstetricia de un Hospital de Veracruz a rechazar los métodos anticonceptivos. Material y métodos: se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la muestra obtenida fue de 45 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: el grupo de edad más frecuente fue de 26 a 30 años con (44%), por otro lado (51.1%) tenían estudios de secundaria, mientras que (51.1%) vivía en unión libre, mientras que (13.3%) estaban solteras, (71.1%) eran católicas, el inicio de la vida sexual activa comenzó entre los 16 a 20 años (53.3%), el (62.2%) de las mujeres tenían un hijo. El (53.3%) de las mujeres no han usado métodos anticonceptivos anteriormente. El método anticonceptivo más utilizado fueron los hormonales inyectables (17.8%) y el menos usado fueron los implantes hormonales subdérmicos (4.4%). El (40%) de las mujeres rechazaban los métodos anticonceptivos por temor a efectos secundarios. El (15.6%) de las puérperas rechazaron los métodos anticonceptivos por su desconfianza. Mientras que (8.9%) de las puérperas rechazaban los métodos anticonceptivos por mitos y rumores, otro (8.9%) rechazaban los métodos anticonceptivos por falta de conocimiento, (6.7%) de las puérperas rechazaban los métodos anticonceptivos por falta de aprobación de la pareja, por último, (6.7%) refirieron que el motivo del rechazo fue porque su pareja se había realizado la vasectomía. Conclusión: las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo tienen un nivel bajo de conocimiento sobre estos, la principal causa del rechazo es que las pacientes femeninas cursaban el puerperio inmediato fue el temor a los efectos secundarios. Las mujeres desconocen muchos aspectos de los métodos anticonceptivos. El rechazo de métodos anticonceptivos se observó con mayor frecuencia en mujeres de 21 a 25 años de edad²⁵.



En Lima, Perú en el 2021 Gadea Rivera realizó un estudio cuyo objetivo fue: analizar los factores asociados al rechazo de uso de métodos anticonceptivos después del parto en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2021. Material y métodos: se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, la población estuvo conformada por 251 puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Puerperio del Hospital María Auxiliadora en el periodo de mayo a junio. La asociación se determinó con test Chi-cuadrado de Pearson con nivel de confianza de 95%, empleándose la razón de prevalencia como medida de asociación. Resultados: la edad promedio de las puérperas fue 28.2 años, así mismo, fueron mayormente de 20-34 años (73.3%), con secundaria (70.9%), unión libre (81.7%) y empleadas (71.3%). La frecuencia de rechazo de métodos anticonceptivos modernos (MAC) fue del (16.7%) en puérperas. La experiencia negativa relacionada al uso de MAC (RP=8.44; p=0.000) y la actitud negativa de la pareja hacia el uso de MAC (RP=5.17; p=0.0001) fueron factores asociados al rechazo de MAC, incrementando su frecuencia. Mientras que la primiparidad fue también un factor asociado al rechazo de MAC (RP=0.43; p=0.017), reduciendo su frecuencia. Conclusión: los factores asociados al rechazo de MAC en puérperas son principalmente personal-culturales y seguidamente ginecoobstétricos²⁶.

En Tapachula, Chiapas. México en el 2020 Avendaño Pozada elaboró un estudio cuyo objetivo fue: determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la Unidad Médica Familiar No. 11. En el periodo de enero – junio 2020. Material y métodos: se realizó un estudio transversal – prospectivo, con una población de 150 puérperas adscritas a la Unidad Médica Familiar No. 11, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, así como prevalencias de las variables de interés y riesgos relativos para la comparación de poblaciones. Resultados: la edad de las mujeres puérperas más frecuentes fue de 20 a 29 años (58%), el nivel académico (37.3%) tenía secundaria, mientras que (2.7%) eran analfabetas, en cuanto al estado civil (66%) estaban casadas. Las puérperas recibieron información sobre métodos de planificación familiar de médicos (69.3%), de profesores (10%) y de la familia (6.7%), el (61.3%) recibió la información en la Unidad Médica Familiar No. 11 (61.3%), la escuela con



(10.7%), medios de comunicación (8.6%). La OTB fue el método más seguro (37.3%), el condón (32.6%), el DIU (22.6%), hormonal inyectable (6%). Respecto al conocimiento en métodos de planificación familiar (90.7%) presentaron un conocimiento bueno, (2.6%) tuvieron conocimiento regular y (6.7%) obtuvieron conocimiento malo, en cuanto a la actitud en métodos de planificación familiar (5%) tenían actitud favorable, mientras (95%) tuvieron actitud desfavorable, por último, las prácticas obtuvieron (98%) tuvieron prácticas favorables, (2%) obtuvieron prácticas desfavorables. Conclusión: El conocimiento de las puérperas de los métodos de planificación familiar fue bueno, mientras que la actitud fue desfavorable, y las prácticas hacia los métodos de planificación familiar fueron favorables, el predominio de edad de 20 – 29 años y con estudios de secundaria, el DIU tenía una mayor aceptación en estas mujeres posterior al parto o cesárea, seguido del condón masculino²⁷.

En Teapa, Tabasco. México en el 2018 Cano-Collado y López Wade realizaron un estudio cuyo objetivo era: determinar las causas del rechazo de métodos anticonceptivos en edad fértil en Vicente Guerrero. Material y métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional se trabajó a través de una entrevista de campo con aplicación de encuestas en una n=87 de habitantes. Resultados: la media de edad de las entrevistadas fue de 26 años. La causa más elegida de rechazo fue el temor a los efectos secundarios (28.7%), mitos y rumores sobre los métodos (21.8%) y la falta de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar (19.5%). Conclusión: es alarmante encontrar que la causa más elegida de rechazo recae en la desinformación principalmente en las entrevistas con mayor nivel educativo, lo que reporta una brecha en la formación académica y el consejo médico, es que se deben aplicar las acciones del programa de salud reproductiva desde la educación escolar básica, enfocando la meta en los grupos con mayor vulnerabilidad²⁸.

En Cuernavaca, Morelos. México en el 2018 De la Vera-Salazar et al. Realizaron un estudio con el objetivo: analizar la anticoncepción posparto (anticonceptivos posparto) y tipo de método anticonceptivo recibido según



características sociodemográficas y de atención del parto de las mujeres. Material y métodos: se analizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-19 en 4,548 mujeres de 12 a 49 años que tuvieron un parto. Se ajustaron modelos de regresión logística (N= 4,544) y multinomial (n=2,903) con variables dependientes anticonceptivos posparto y tipo de anticonceptivo recibido. Resultados: se encontró que (65%) de las mujeres recibieron anticonceptivos posparto, y (56.8%) de las adolescentes recibieron un método anticonceptivo reversibles de larga duración (LARC) (43.7%) dispositivo intrauterino (DIU) y (13.1%) implantes. Ser indígena, tener un hijo o recibir atención en los servicios estatales de salud/IMSS-Prospera o instituciones privadas, se asocia con menores posibilidades de anticonceptivos posparto. Conclusiones: se identificaron progresos en la cobertura de anticonceptivos posparto en las adolescentes. Persisten brechas de acuerdo con el aseguramiento en salud tanto en la recepción de anticonceptivos posparto como en el tipo de método recibido²⁹.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para empezar, la salud sexual y reproductiva es un factor esencial del bienestar y libertad de las personas. Que, a partir de la Ley General de Población de 1974, el estado mexicano decide implementar una política con el objetivo de reducir la fecundidad. Cabe mencionar que se realizó una reforma al artículo 4º constitucional que garantiza el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

De igual modo, los programas de planificación familiar y anticoncepción que se han implementado en el país durante los años setentas debido a que en esta fecha se registró la Tasa Global de Fecundidad (TGF) más alta con 7.31 hijos en promedio por mujer, algo que contrasta al día de hoy con un descenso de más de la mitad en la Tasa Global de Fecundidad (TGF). De igual modo, el impacto de los programas de planificación familiar, orientados a divulgar y proveer los medios para ejercitar el control de natalidad y del significativo proceso de progreso socioeconómico experimentado en el país durante el siglo pasado.

Por otro lado, la cobertura anticonceptiva ha sido el indicador esencial para la evaluación de los programas de planificación familiar y anticoncepción, el éxito de estos programas estribará no solo de que las personas usen métodos para regular la fecundidad, sino que lo hagan de manera segura. Es esencial estudiar la falla anticonceptiva, ya que las consecuencias derivadas de ellas se pueden apreciar en embarazos no deseados o no planeados.

Así mismo, entre las adolescentes se presentan los más altos porcentajes de hijos e hijas no planeados con 27.4%, cabe señalar que es entre las mujeres con baja o nula escolaridad que se encuentra el mayor porcentaje de hijos e hijas no deseados con 26.1%, en comparación con el mayor porcentaje de hijos planeados con 63.2%, se encuentran las mujeres con preparatoria o más.

Por lo tanto, se debe mencionar que el uso extendido de los métodos anticonceptivos es un factor clave importante en la rápida disminución de la fecundidad y el tamaño de las familias, lo que ha ido disminuyendo constantemente



durante las últimas dos décadas, ahora se acerca al nivel de dos hijos por mujer. Por ello se deben conocer los principales factores que pueden ser modificables en la población, lo que permitiría una reducción del número de hijos no deseados y por ende un menor riesgo de mortalidad materno-fetal, así como abortos inseguros e ilegales, en la mayoría de los casos. Los Anticonceptivos Post Evento Obstétrico (APEO) es una intervención que podría prevenir embarazos en espacios intergenésicos no apropiados o inseguros tanto para la madre como para el neonato.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Por lo anterior descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre los métodos de Planificación Familiar en las puérperas adscritas en el IMSS HGZ No 46?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo, al Programa Especial de Población del Estado de Tabasco (PETEP) 2019-2024, en Tabasco la fecundidad ha evolucionado en un descenso comparado con la década de los setentas, cuando se mantenían elevadas tasas de fecundidad, principalmente por las políticas de población que impulsaban el crecimiento poblacional. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha variado drásticamente con los años, así en 1970 estaba en 6.7 hijos por mujer, en el año 2000 disminuyó hasta 2.69 hijos, para alcanzar en el 2015 los 2.24 hijos por mujer.

En Tabasco en 1990 había 393 mil Mujeres en Edad Fértil (MEF) y para 2015 está población alcanzó las 673 mil Mujeres en Edad Fértil (MEF) lo que representa el (55.5%) de la población femenina total, es decir, que en 25 años las Mujeres en Edad Fértil (MEF) aumentaron su crecimiento en (71.3%). Las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 25 a 29 años con (15.6%) y de 30 a 34 años con (14.9%) respectivamente, continúan siendo importantes por su contribución a la fecundidad en el estado. Cabe señalar que ambos grupos de edad, son las que merecen mayor atención en salud materna e infantil, así como un acceso a métodos anticonceptivos. Mientras que los grupos con menor contribución a la fecundidad, son los de mayor edad de 35 a 39 años con (13.7%), 40 a 44 años con (12.3%) y 45 a 49 años con (10.3%).

El uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres ha sido fundamental para lograr un mayor bienestar y autonomía, así como para evitar embarazos en <15 años, que suponen riesgos para la salud de la madre y del recién nacido. Hay que hacer hincapié en que la salud sexual y reproductiva no es solo la planificación familiar sino también se trata de la prevención de las Infecciones de Transmisiones Sexuales, y evitar las muertes maternas e infantiles, acentuando las necesidades de las personas e interactuando con los derechos humanos.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), las Mujeres en Edad Fértil (MEF) que utilizan métodos anticonceptivos en la primera relación sexual ha ido en aumento pasando del (26.6%) al (35.3%) entre el año 2014



y el año 2018. Sin embargo, la prevalencia fue menor a la nacional ya que ésta fue de (39.9%). Cabe señalar, que en el ámbito nacional las razones brindadas por las Mujeres en Edad Fértil (MEF) para no utilizar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual: 1. El desconocimiento de métodos anticonceptivos y falta de información sobre los métodos anticonceptivos, 2. Querían embarazarse, y 3. Porque no planeaban tener una relación sexual. En las mujeres que practican de manera libre y autónoma sus derechos sexuales y reproductivos se ha notado una evolución de conductas sociales en ambientes de mayor equidad e igualdad. Entre las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA) en 2018, aumentó el uso de métodos anticonceptivos pasando de (70.4%) a (72.6%) un crecimiento discreto de (2.9%), comparado con el (75.5%) a nivel nacional. Aunque si superó en (6.9%) a Chiapas, ya que este estado presenta una menor prevalencia en uso de métodos anticonceptivos con (65.6%), mientras que la Ciudad de México queda muy por encima con la mayor prevalencia de métodos anticonceptivos con (81.6%).

En relación con las características sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), se aprecia un aumento de la prevalencia anticonceptiva especialmente durante la etapa de estudio en adolescentes de 15 a 19 años con (5.6%), las de 20 a 24 años con (6.5%) y las de 35 a 39 años desciende a (0.8%) es decir, que las adolescentes siguen siendo el grupo de edad que menos usa métodos anticonceptivos respecto a las demás mujeres de los distintos grupos de edad.

En Tabasco, las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA) que utilizan métodos anticonceptivos modernos ascendió de (66.2%) a (67.9%) entre 2014 y 2018. Se observó un incremento en las usuarias de métodos anticonceptivos modernos en los grupos de mujeres 30 a 34 años de (15%) a (19%) y de 40 a 44 años de (20%) a (24%).

En el HGZ No. 46 no existen estudios que analicen los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las puérperas para la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos y con esto poder implementar estrategias más apropiadas para mejorar la cobertura y la aceptación en este grupo específico de pacientes.



5. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.1. Objetivo General.

Caracterizar los conocimientos, actitudes y las prácticas de las pacientes puérperas respecto a los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46.

5.2. Objetivos específicos.

Describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del IMSS HGZ No. 46.

Identificar los conocimientos que poseen las mujeres puérperas acerca de los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46.

Identificar las prácticas que realizan las mujeres puérperas con los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46.

Distinguir las actitudes de las mujeres puérperas hacia los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46.

Determinar los factores asociados al rechazo de métodos de planificación familiar de las mujeres puérperas del IMSS HGZ No. 46.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño de investigación.

Se realizó un estudio observacional descriptivo. El presente estudio se realizó en un periodo de tiempo de agosto de 2021 a agosto de 2022, con el fin de describir las características sociodemográficas y los factores de las mujeres puérperas sobre su rechazo de los métodos de planificación familiar³⁰.

6.2. Población.

La población o universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones.

El universo estuvo compuesto por mujeres puérperas de 20–34 años N=1611 atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General de Zona No. 46 Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. De acuerdo a los datos obtenidos del Departamento de Epidemiología del HGZ No. 46 de la base de datos de la Coordinación de Información y Análisis y Estratégicos (CIAE) Tabasco, durante un periodo de tiempo de 6 meses previos, al desarrollo de la presente investigación.

6.3. Muestra y muestreo.

La muestra es el subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta. La muestra probabilística es el subgrupo de la población en el que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos³¹.

El tamaño de la muestra se calculó a partir del universo compuesto por mujeres puérperas de 20–34 años N=1611. El método de muestreo es probabilístico, sistemático de 1 en 3 con inicio aleatorio. El tamaño de la muestra se determinó utilizando la fórmula para cálculos de muestras finitas. El muestreo es el proceso mediante el cual se selecciona un grupo de observaciones que pertenecen a una población. Esto, con el fin de realizar un estudio estadístico³².



$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N= 1611 mujeres puérperas adscritas al HGZ No. 46

Z_{α} = 1.96 al cuadrado (cuando la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (5% = 0.05)

q = 1 – p (1 – 0.05 = 0.95)

d = precisión 5%

$$n = \frac{1611 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (1611 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 311$$

La muestra de estudio obtenida es de n=311 pacientes puérperas, con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error de 5%.

6.4 Criterios inclusión y exclusión.

6.4.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes puérperas que se encuentren en el grupo etario de 20-34 años.
- Pacientes puérperas con diagnóstico posparto y poscesárea.
- Pacientes puérperas lúcidas y orientadas.
- Pacientes que acepten la entrevista.

6.4.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes puérperas menores de 19 años y mayores de 35 años edad.
- Pacientes puérperas con diagnóstico posaborto.
- Pacientes puérperas en estado crítico (eclampsia, atonía uterina).
- Pacientes que no acepten la entrevista.

6.4.3. Criterios de eliminación.

- Pacientes puérperas que no completen la entrevista.
- Pacientes puérperas que decidan no continuar con la entrevista.



6.5. Material/instrumentos.

La presente investigación posee una cédula de características sociodemográficas, ya que a través de ellas podemos conocer mejor a la población de puérperas. El instrumento se llama “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Puérperas en cuanto a Planificación Familiar”. El instrumento consta de 36 reactivos en escala de Likert, divididos en 5 apartados los cuales son: I. Antecedentes gineco-obstétricos con 6 preguntas. II. Información con 2 preguntas. III. Conocimientos con 8 preguntas. IV. Actitudes con 15 preguntas. V. Prácticas con 5 preguntas.

La forma de evaluar el instrumento es la siguiente: 1. Conocimiento (Bueno 16-19 puntos, Regular 12-15 puntos y Malo 9-11 puntos). 2. Actitudes (Favorables 14-15 puntos y Desfavorables ≤ 13 puntos). 3. Prácticas (Favorables 32-40 puntos y Desfavorables 17-31 puntos). El instrumento fue desarrollado por la Médico Cirujano Rosa Esmeralda Rocha Morales en Nicaragua en el año 2015³³. Sin embargo, se utilizó la encuesta modificada para la población mexicana en 2020 por la Dra. Fabiola Adriana Avendaño Pozada: “Conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar”, el cual obtuvo una α de Cronbach de 0.88²⁸.

6.6. Método de recolección de datos.

Se obtuvo la autorización del proyecto de investigación por el comité de ética e investigación local y se procedió a la recolección de datos. Las mujeres puérperas participantes fueron entrevistadas debido a que este fue el método de recolección de datos elegido, en las áreas de recuperación y alojamiento conjunto con previa identificación con el médico de guardia en los turnos matutino, vespertino y nocturno. Los cuestionarios se aplicaron por un personal de salud debidamente capacitado para evitar errores en el llenado de los cuestionarios, así mismo, se procuró que las participantes estuvieran concentradas durante la entrevista.

6.7. Proceso de recolección de datos.

Se realizaron las entrevistas durante el mes de abril a julio de 2022. El tiempo mínimo fue de 5 de minutos a un máximo de 15 minutos de duración por cada



entrevista. Tiempo suficiente para saludar, informar acerca del estudio y solicitar el apoyo de las pacientes puérperas. La recolección de datos se ejecutó por un personal de salud debidamente capacitado. Las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General de Zona No. 46 Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce y de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco tuvo conocimiento de la elaboración del presente proyecto de investigación.

6.8. Estrategias de análisis.

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS 25, compatible con el Sistema Operativo Windows 11, para llevar a cabo el procesamiento y la captura de datos, es decir, la elaboración de la base de datos producto de las entrevistas realizadas a las mujeres puérperas. Se analizaron los datos del proyecto de investigación a través de estadística descriptiva e inferencial; la estadística descriptiva permitirá identificar las características sociodemográficas y las variables del estudio a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Se realizaron las pruebas de Normalidad de Kolmogórov-Smirnov, así como el coeficiente de correlación de Spearman.



6.9. Operacionalización de las variables.

Tipo/escala	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Estadístico
Actitud	Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta.	Cualitativo/Nominal	32–40 aciertos Favorables 17–31 aciertos Desfavorables	Frecuencia
Actividad laboral	Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada.	Cualitativo/Nominal	1. Empleada 2. Autoempleada 3. Desempleada 4. Otro (___)	Frecuencia
Conocimiento	Es la información y habilidades que los seres humanos adquieren a través de sus capacidades mentales.	Cualitativo/Nominal	16–19 aciertos Bueno 12–15 aciertos Regular 9–11 aciertos Malo	Frecuencia
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativo/Continuo	20–22 años 23–25 años 26–28 años 29–31 años 32–34 años	Frecuencia / desviación estándar
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Cualitativo/Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado	Frecuencia
Estado civil	Es una situación personal en la que se encuentran las personas en determinado momento de su vida.	Cualitativo/Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda	Frecuencia



Menarca	Es la primera menstruación que tiene la mujer, que normalmente sucede entre los 10 y los 16 años.	Cualitativo/Nominal	10–12 años 13–14 años 15–16 años	Frecuencia
Métodos anticonceptivos	Son sustancias, objetos o procedimientos utilizados por la mujer y/o el hombre para evitar que se presente un embarazo.	Cualitativo/Nominal	1. Temporales 2. Definitivos	Frecuencia
Números de abortos	La interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad.	Cuantitativo/Discreta	1. Uno 2. Dos 3. >Dos	Frecuencia
Número de cesáreas	Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.	Cuantitativo/Discreta	1. Uno 2. Dos 3. >Dos	Frecuencia
Número de embarazos	Es el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido.	Cuantitativo/Discreta	1. Uno 2. Dos 3. >Dos	Frecuencia
Número de partos	Expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placentas desde el interior de la cavidad uterina al exterior.	Cuantitativo/Discreta	1. Uno 2. Dos 3. >Dos	Frecuencia
Periodo intergenésico	Es el lapso de tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos	Cualitativo/Nominal	1. <Un año 2. Dos años 3. >Tres años	Frecuencia
Periodo menstrual	Descarga periódica de sangre y tejido del útero. La menstruación se presenta cada 28 días desde la pubertad hasta la menopausia.	Cualitativo/Nominal	1. Regular 2. Irregular	Frecuencia
Planificación familiar	Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios.	Cualitativo/Nominal	1. Padres 2. Amigos 3. Vecinos 4. Familiar 5. Médico 6. Enfermera 7. Profesor 8. Nadie 9. Otro (___)	Frecuencia



Práctica	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	Cualitativo/Nominal	10–13 aciertos Favorables 6–9 aciertos Desfavorables	Frecuencia
Religión	Un conjunto de creencias y costumbres fundamentadas en la divinidad con la capacidad de regir la vida de las personas que la siguen.	Cualitativo/Nominal	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Adventista 5. Otra (___)	Frecuencia
Salario	Es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo.	Cualitativo/Nominal	1. ≤ \$2,000.00 2. \$3,000.00 – \$5,000.00 3. \$6,000.00 – \$8,000.00 4. >\$9,000.00	Frecuencia
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen al hombre y a la mujer.	Cualitativo/Nominal	1. Femenino	Frecuencia
Vida sexual activa	Cuando tiene relaciones sexuales con otra persona, en donde hay riesgo de contraer una ITS o tener un embarazo no deseado.	Cualitativo/Nominal	1. <15 años 2. 15 a 19 años 3. ≥20 años	Frecuencia



6.10. Aspectos éticos.

6.10.1. La Asociación Médica Mundial.

La investigación estará sujeta a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), o de los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, la cual fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964. Específicamente:

Principios generales:

Párrafo 9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las que participan en investigación.

Privacidad y confidencialidad:

Párrafo 24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado:

Párrafo 25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Párrafo 31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente³⁴.

6.10.2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Así mismo, la presente investigación se sujetará a lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, misma que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, específicamente en cuanto a los artículos:



Artículo 3º. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social, y V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Por último, **Artículo 20.** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna³⁵.

6.10.3. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La presente investigación estará sujeta a la NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Ya que dicha norma es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos. Esta norma específica que:

La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, por lo que resulta imprescindible orientar su desarrollo en materias específicas y regular su ejecución en los seres humanos, de tal manera que la



garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respeto a su dignidad, se constituyan en la regla de conducta para todo investigador del área de la salud³⁶.

6.10.4 Carta de consentimiento informado en materia de investigación. Al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación³⁷.

6.11. Aspectos administrativos.

6.11.1. Recursos humanos.

La investigación estará dirigida por la investigadora principal M.C. Estela Surisadai Broca Jiménez Residente de tercer año de Medicina Familiar, bajo la dirección del Med. Esp. En Ginecología y Obstetricia Mario de Jesús Dzib Xool y el Med. Esp. En Medicina Familiar Ricardo González Anoya.

6.11.2. Recursos materiales.

A continuación, se describen los recursos materiales que incluyen papelería y demás insumos:

Materiales y equipos	Unidades	Costo unitario	Costo global
Consentimiento informado	350	¢35.00	\$122.50
Cédula de datos sociodemográficos	350	¢35.00	\$122.50
Instrumento de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Puérperas en cuanto a Planificación Familiar	1,050	¢35.00	\$367.50
Tabla rígida	2	\$120.00	\$240.00
Lapiceros tinta azul	10	\$10.00	\$100.00
Laptop con Windows 10	1	\$8,500.00	\$8,500.00



Total			\$9,575.00
--------------	--	--	------------

6.12. Financiamiento.

El presente proyecto de investigación tendrá una inversión total aproximada de \$11,000.00 MXN, la cual será financiada exclusivamente por la investigadora principal M.C. Estela Surisadai Broca Jiménez Residente de tercer año de Medicina Familiar. Cabe señalar que este proyecto de investigación no tendrá financiamiento de patrocinadores de ningún tipo.

6.13. Factibilidad.

El proyecto de investigación es factible debido a que se han estudiado de manera concienzuda los aspectos: operativos, técnicos, económicos, políticos y legales, y el tiempo. El proyecto puede ser elaborado por la investigadora principal M.C. Estela Surisadai Broca Jiménez Residente de tercer año de Medicina Familiar, bajo la supervisión y dirección del Med. Esp. En Ginecología y Obstetricia Mario de Jesús Dzib Xool y el Med. Esp. En Medicina Familiar Ricardo González Anoya. La inversión del proyecto no es onerosa y puede ser financiada por la propia investigadora principal sin ayuda de patrocinadores de ningún tipo. La investigación no transgrede ninguna ley, así como ningún derecho de las personas implicadas en el proyecto. Finalmente, el proyecto está planeado para llevarse a cabo en un tiempo no mayor a 12 meses.



7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la investigación, se inicia con la descripción de las características sociodemográficas de las participantes, continuando con la estadística descriptiva de las variables del estudio, por último, se describen la estadística inferencial: se realiza la correlación de las variables y los conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar en las puérperas, se prueba la hipótesis y se verifica la confiabilidad y consistencia interna (alfa de Cronbach) del instrumento Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Puérperas en cuanto a Planificación Familiar, utilizado para la elaboración del presente estudio.

7.1. Características sociodemográficas de las encuestadas

Se llevó a cabo el objetivo específico 1 analizar las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del IMSS HGZ No. 46, la muestra estuvo conformada por n=311 mujeres puérperas de 20 a 34 años, el (30.9%) tenían estudios de preparatoria, mientras que el (20.6%) tenían licenciatura.

En cuanto, al estado civil (45.1%) vivían en unión libre y (32.8%) estaban casadas, respecto a la religión la católica continúa siendo predominante (39.5%) católicas seguidas por la religión cristiana (28.0%); la edad promedio fue de 26 años (DE=4.906; 20-34); los grupos de edad más frecuentes fueron los de 20-22 años (30.3%) y de 32-34 años (27.3%) respectivamente.

Para la actividad laboral (56.3%) mujeres no laboraban, mientras que (43.7%) si lo hacían, en el tipo de actividad (56.3%) eran desempleadas y (29.6%) estaban empleadas. Respecto al salario mensual (56.3%) no percibían un salario, mientras que (15.1%) percibían un salario de \$6,000.00 a \$8,000.00 MXN.

Por último, el salario mensual de la pareja o cónyuge más frecuentes fueron (31.5%) cobraban \$6,000.00 a \$8,000.00 MXN, mientras que el (28.0%) recibieron \$3,0000.00 MXN, (ver Tabla 1).



Tabla 1 Características sociodemográficas de las encuestadas

Características sociodemográficas	f	%
Nivel de estudios		
Analfabeta	2	0.6
Primaria	46	14.8
Secundaria	79	25.4
Preparatoria	96	30.9
Licenciatura	64	20.6
Posgrado	24	7.7
Total	311	100
Estado civil		
Soltera	61	19.6
Casada	102	32.8
Divorciada	19	6.1
Unión libre	129	41.5
Total	311	100
Religión		
Católica	123	39.5
Cristiana	87	28.0
Testigo de Jehová	50	16.1
Adventista	45	14.5
Ateo	6	1.9
Total	311	100
Edad		
20-22 años	94	30.3
23-25 años	47	15.1
26-28 años	43	13.8
29-31 años	42	13.5
32-34 años	85	27.3
Total	311	100
Actividad laboral		
Si	136	43.7
No	175	56.3
Total	311	100
Tipo de actividad		
Empleada	92	29.6
Autoempleada	44	14.1
Desempleada	175	56.3



Total	311	100
Salario mensual		
< \$2,000.00 MXN	17	5.5
\$ 3,000.00 MXN	35	11.3
\$6,000.00-8,000.00 MXN	47	15.1
>\$9,000.00 MXN	37	11.9
No aplica	175	56.3
Total	311	100
Salario mensual de pareja/cónyuge		
< \$2,000.00 MXN	48	15.4
\$ 3,000.00 MXN	87	28.0
\$6,000.00-8,000.00 MXN	98	31.5
>\$9,000.00 MXN	50	16.1
No aplica	28	9.0
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022. cédula de datos sociodemográficos.

7.2. Antecedentes gineco-obstétricos.

En cuanto, a los antecedentes gineco-obstétricos, de las n=311 puérperas encuestadas: la edad de la menarca más frecuente fue de 12 años (34.1%), seguido por 13 años (24.8%); en cuanto al ritmo del periodo menstrual este fue regular (65.6%) e irregular (34.4%); el número de parejas sexuales en su vida, 1 (37.9%) y 2 (40.2%); en el número de hijos, 1 hijo (39.9%) y 2 hijos (36.0%); el número de gestas, 1 gesta (39.9%) y 2 gestas (36.0%), respecto al número de abortos; 1 aborto (19.0%) y 2 abortos (0.3%).

El número de cesáreas; 1 cesárea (36.0%) y 2 cesáreas (7.7%), en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual activa; la edad más frecuente fue de 15 a 19 años (75.6%) y (24.4%) lo hicieron a una edad >20 años, por último, la duración del periodo intergenésico; la más frecuente fue de 2 años (39.5%), seguido por >3 años (23.2%), (ver Tabla 2).



Tabla 2 Antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes gineco-obstétricos	f	%
Edad de la menarca		
10	32	10.3
11	71	22.8
12	106	34.1
13	77	24.8
14	13	4.2
15	12	3.9
Total	311	100
Ritmo del periodo menstrual		
Regular	204	65.6
Irregular	107	34.4
Total	311	100
Número de parejas sexuales		
Uno	118	37.9
Dos	125	40.2
>Dos	68	21.9
Total	311	100
Número de hijos		
1 hijo	124	39.9
2 hijos	112	36.0
3 hijos	45	14.5
4 hijos	21	6.8
5 hijos	6	1.9
6 hijos	3	1.0
Total	311	100
Número de gestas		
1 gesta	124	39.9
2 gestas	112	36.0
3 gestas	45	14.5
4 gestas	21	6.8
5 gestas	6	1.9
6 gestas	3	1.0
Total	311	100
Número de partos		
1 parto	151	48.6
2 partos	101	32.5
3 partos	14	4.5



No aplica	45	14.5
Total	311	100
Número de abortos		
1 aborto	59	19.0
2 abortos	1	0.3
No aplica	251	80.7
Total	311	100
Número de cesáreas		
1 cesárea	112	36.0
2 cesáreas	24	7.7
No Aplica	175	56.3
Total	311	100
Edad de inicio de la vida sexual activa		
15 a 19 años	235	75.6
>20 años	76	24.4
Total	311	100
Duración del periodo intergenésico		
< 1 año	62	19.9
2 años	123	39.5
>3 años	72	23.2
No aplica	54	17.4
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

7.3. Información sobre los métodos de PF

Respecto a la persona que informó a las encuestadas sobre los métodos de PF, las respuestas más frecuentes fueron: el médico (39.9%), seguido de la enfermera (23.8%) y por último el profesor (12.5%), (ver Tabla 3).

Tabla 3 Persona que le informó sobre los métodos de PF

Persona que le informó de los métodos de PF	f	%
Padres	24	7.7
Amigos	22	7.1
Vecinos	12	3.9



Familiar	14	4.5
Médico	124	39.9
Enfermera	74	23.8
Profesor	39	12.5
Nadie	2	0.6
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

En cuanto a, las fuentes de información sobre los métodos de PF utilizadas por las encuestadas, sus respuestas más frecuentes fueron: IMSS (37.0%), seguido por la SSA (26.7%) por último, la escuela (18.6%), (ver Tabla 4).

Tabla 4 Fuentes de información sobre los métodos de PF

Fuente de información sobre los métodos de PF	<i>f</i>	%
Casa	21	6.8
Vecindario	5	1.6
SSA	83	26.7
IMSS	115	37.0
Escuela	58	18.6
Internet	17	5.5
Medios de comunicación	12	3.9
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

7.4. Conocimientos de las púerperas sobre los métodos de PF

Para dar respuesta al objetivo específico 2 evaluar los conocimientos que poseen las mujeres púerperas acerca de los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46, se obtuvieron los siguientes resultados: conocimiento bueno (69.1%), conocimiento regular (29.6%), por último, conocimiento malo (1.3%), (ver Tabla 5).



Tabla 5 Conocimientos sobre los métodos de PF

Clasificación de conocimientos	f	%
9-11 Malo	4	1.3
12-15 Regular	92	29.6
16-19 Bueno	215	69.1
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

7.5. Actitudes de las puérperas sobre los métodos de PF

Para alcanzar el objetivo específico 3 identificar las actitudes de las mujeres puérperas hacia los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46, los resultados obtenidos demuestran que las encuestadas tienen: actitudes favorables (54.7%) y actitudes desfavorables (45.3%), (ver Tabla 6).

Tabla 6 Actitudes hacia los métodos de PF

Clasificación de actitudes	f	%
17-31 Desfavorable	141	45.3
32-40 Favorable	170	54.7
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

7.6. Prácticas de las puérperas sobre los métodos de PF

Se cumplió con el objetivo específico 4 identificar las prácticas que realizan las mujeres puérperas con los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46, se obtuvieron los siguientes resultados: prácticas desfavorables (63.0%) y prácticas favorables (37.0%), (ver Tabla 7).

Tabla 7 Prácticas sobre los métodos de PF



Clasificación de prácticas	f	%
6-9 Desfavorables	196	63.0
10-13 Favorables	115	37.0
Total	311	100

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

7.7. Análisis inferencial

Durante el análisis estadístico inferencial se realizó la prueba de Normalidad de Kolmogórov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos: características sociodemográficas y las variables del estudio, se realizaron las pruebas: de normalidad, correlación de Spearman y el alfa de Cronbach del instrumento Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Puérperas en cuanto a Planificación Familiar.

7.6.1. Factores asociados de las puérperas al rechazo de los métodos de PF

Para ello se realizó la prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov a las características sociodemográficas y las variables del estudio, la prueba exhibió que los datos no seguían una distribución normal, se empleó estadística para medidas no paramétricas, (ver Tabla 8).

Tabla 8 Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov

Características sociodemográficas y variables	Kolmogórov-Smirnov	
	Estadístico	Significativo
Nivel de estudios	0.162	0.000
Estado civil	0.277	0.000
Religión	0.231	0.000
Edad	0.134	0.000
Actividad laboral	0.373	0.000
Tipo de actividad	0.358	0.000
Salario mensual	0.339	0.000



Salario mensual de pareja/cónyuge	0.175	0.000
Edad de la menarca	0.176	0.000
Periodo menstrual	0.421	0.000
Número de hijos	0.252	0.000
Número de gestas	0.252	0.000
Número de partos	0.267	0.000
Número de abortos	0.496	0.000
Número de cesáreas	0.351	0.000
Edad de inicio de la vida sexual activa	0.471	0.000
Duración del periodo intergenésico	0.244	0.000
Conocimientos	0.433	0.000
Actitudes	0.365	0.000
Prácticas	0.408	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

Para responder el objetivo específico 5 determinar los factores asociados al rechazo de métodos de planificación familiar de las mujeres puérperas del IMSS HGZ No. 46, se llevó a cabo la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov por lo que se determinó que las características sociodemográficas, así como, las variables del estudio no tenían una distribución normal, por lo que para conocer la correlación se utilizó la medida no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman; la correlación positiva de las variables señala que se incrementan juntas, mientras que la correlación negativa de las variables exhibe un incremento en una variable y un descenso en la otra variable.

A continuación, se presentan las correlaciones positivas: la edad se correlacionó con el nivel educativo [$r=.173$ ($p\text{-valor}=0.01$)]; la actividad económica se correlacionó con la edad [$r=.122$ ($p\text{-valor}=0.05$)]; el tipo de actividad económica se correlacionó con la actividad económica [$r=.965$ ($p\text{-valor}=0.01$)]; el salario percibido por el tipo de actividad económica se correlacionó con edad [$r=.187$ ($p\text{-valor}=0.01$)]; la edad de inicio de la vida sexual activa se correlacionó con el nivel educativo [$r=.200$ ($p\text{-valor}=0.01$)], edad [$r=.209$ ($p\text{-valor}=0.01$)]; el periodo intergenésico se



correlacionó con religión [$r=.130$ ($p\text{-valor}=0.05$)], salario mensual percibido por su pareja/cónyuge [$r=.197$ ($p\text{-valor}=0.01$)], el conocimiento se correlacionó con edad [$r=.183$ ($p\text{-valor}=0.01$)], número de hijos [$r=.183$ ($p\text{-valor}=0.01$)], número de gestas [$r=.183$ ($p\text{-valor}=0.01$)], número de partos [$r=.190$ ($p\text{-valor}=0.01$)] y edad de inicio de la vida sexual activa [$r=.124$ ($p\text{-valor}=0.05$)]; las prácticas se correlacionaron con [$r=.117$ ($p\text{-valor}=0.05$)]; por último, las actitudes se correlacionaron con edad de la menarca [$r=-.160$ ($p\text{-valor}=0.01$)], periodo menstrual [$r=.157$ ($p\text{-valor}=0.01$)] y edad de inicio de vida sexual activa [$r=.202$ ($p\text{-valor}=0.01$)].

Y luego se enlistan las correlaciones negativas: el estado civil se correlacionó con religión [$r=-.117$ ($p\text{-valor}=0.05$)]; el número de abortos se correlacionó con salario mensual percibido por pareja/cónyuge [$r=-.114$ ($p\text{-valor}=0.01$)]; el periodo intergenésico se correlacionó con nivel educativo [$r=-.118$ ($p\text{-valor}=0.05$)], edad [$r=-.118$ ($p\text{-valor}=0.05$)], actividad económica [$r=-.133$ ($p\text{-valor}=0.05$)], salario percibido por tipo de actividad económica [$r=-.114$ ($p\text{-valor}=0.01$)], número de hijos [$r=-.173$ ($p\text{-valor}=0.01$)] y número de gestas [$r=-.173$ ($p\text{-valor}=0.01$)]; las prácticas se correlacionaron con actividad económica [$r=-.171$ ($p\text{-valor}=0.01$)], tipo de actividad económica [$r=-.206$ ($p\text{-valor}=0.01$)], salario percibido por el tipo de actividad económica [$r=.206$ ($p\text{-valor}=0.01$)], número de hijos [$r=-.125$ ($p\text{-valor}=0.05$)], número de gestas [$r=-.125$ ($p\text{-valor}=0.05$)] y número de abortos [$r=-.133$ ($p\text{-valor}=0.05$)]; por último, las actitudes se correlacionaron con religión [$r=-.123$ ($p\text{-valor}=0.01$)], actividad económica [$r=-.139$ ($p\text{-valor}=0.01$)], actividad económica [$r=-.139$ ($p\text{-valor}=0.05$)] y tipo de actividad económica [$r=-.131$ ($p\text{-valor}=0.05$)], (ver Tabla 9).



Tabla 9 Matriz de correlación de Spearman

		Matriz de correlación de Spearman														
		NE	EC	R	E	AE	TAE	STAE	SMP/C	EM	PM	NH	NG	NP	NA	EVA
EC	r			-.117*												
	p-valor			0.039												
E	r	.173**														
	p-valor	0.002														
AE	r				.122*											
	p-valor				0.032											
TAE	r					.965**										
	p-valor					0										
STAE	r						.187**	.952**	.892**							
	p-valor						0.001	0	0							
SMP/C	r		-.256**		-.153**	-.260**										
	p-valor		0		0.007	0		0.001								
EM	r		.191**	-.200**		-.128*	-.132*	-.124*								
	p-valor		0.001	0		0.024	0.02	0.029	0.113							
PM	r			.141*												
	p-valor			0.013												
NH	r			-.113*	.362**			.137*								
	p-valor			0.047	0			0.016								
NG	r			-.113*	.362**			.137*								
	p-valor			0.047	0			0.016								



NP	r												
	p-valor												
NA	r												
	p-valor												
NC	r	-.120*	.124*										
	p-valor	0.034	0.029	0.569	0.003					0.036	0	0	
EVA	r												
	p-valor												
PI	r												
	p-valor												
C	r												
	p-valor												
P	r												
	p-valor												
A	r												
	p-valor												

** La correlación (r) es significativa p-valor = 0,01.

* La correlación (r) es significativa p-valor = 0,05.

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

Nota: NE: Nivel educativo, EC: Estado civil, R: Religión, E: Edad, AE: Actividad económica, TAE: Tipo de actividad económica, STAE: Salario por el tipo de actividad económica, SMP/C: Salario mensual de la pareja/cónyuge, EM: Edad de la menarca, PM: Periodo de la menstruación, NH: Número de hijos, NG: Número de gestas, NP: Número de partos, NA: Número de abortos, NC: Número de cesáreas, EVA: Edad de inicio vida sexual, PI: Periodo intergenésico, C: Conocimientos, P: Prácticas y A: Actitudes.



7.6.2. Análisis de fiabilidad del instrumento.

El instrumento Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Puérperas en cuanto a Planificación Familiar, obtuvo un valor de alfa de Cronbach 0.742 por lo que se encuentra entre (0.70 a 0.90), señalando una buena consistencia interna³⁷, (ver Tabla 11).

Tabla 10 Fiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	Número de elementos
0.742	34

Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.



8. DISCUSIÓN

La presente investigación tiene el objetivo de caracterizar los conocimientos, actitudes y las prácticas de las pacientes puérperas respecto a los métodos de planificación familiar del IMSS HGZ No. 46, de acuerdo con, los descubrimientos realizados, se pueden expresar las siguientes afirmaciones.

8.1. Características sociodemográficas.

Respecto a las características sociodemográficas la edad de las n=311 féminas encuestadas fue de 20 a 34 años, con una edad promedio de 26 años (DE=4.906; 20-34), similar a lo reportado por los estudios de: Vásquez Ovando y cols., (2021), Gadea Rivera (2021), Cano-Collado y López Wade (2018), de la Vera-Salazar y cols., (2018).

Respecto a las características sociodemográficas; el nivel educativo de las encuestadas fue de preparatoria (30.9%) y el (20.6%) tenían licenciatura; el estado civil más frecuente: unión libre (45.1%) y casadas (32.8%); la edad más frecuente fue 20-22 años (30.3%) y de 32-34 años (27.3%), similar a lo reportado por Vásquez Ovando y cols., (2021), (51.1%) tenían secundaria, (51.1%) estaban en unión libre; y por Gadea Rivera (2021) (73.3%) habían cursado la secundaria, el (70.9%) vivían en unión libre; y también por Avendaño Pozada (2020), el (37.3%) estudió la secundaria, así mismo se observó una diferencia respecto al estado civil debido a que (66%) estaban casadas.

En cuanto, a la actividad laboral (56.3%) de las mujeres no laboraban, mientras que (43.7%) si lo hacían; en el tipo de actividad (56.3%) estaban desempleadas y (29.6%) eran empleadas; en cuanto al salario mensual (56.3%) no recibían salario, un (15.1%) percibía un salario mensual de \$6,000.00 a \$8,000.00 MXN, por último, el (28.0%) cobraba \$3,000.00 MXN.

Así mismo, los antecedentes gineco-obstétricos tampoco son comparados con los estudios que sustentan la presente investigación: las n=311 puérperas; la



edad de la menarca más frecuente fue de 12 años (34.1%) y 13 años (24.8%); el periodo menstrual fue regular (56.6%) e irregular (34.4%).

8.2. Razones de rechazo de los métodos de PF poscesárea y posparto.

Para comenzar, se registraron los siguientes impedimentos en las puérperas para utilizar métodos de PF, entre los que destacan: desean embarazarse (46.3%), religión (27.0%), y la pareja no acepta (15.1%), se observó que las puérperas se sintieron presionadas para utilizar algún método de PF (30.5%), y quienes ejercieron presión fueron: el médico (24.4%), la enfermera (3.2%) y la pareja/cónyuge (2.9%).

Cabe destacar, que las razones para no aceptar los hormonales inyectables como método de PF fueron: engordan (44.4%) y no desean planificar (21.5%); las razones para no aceptar las tabletas como método de PF fueron: sangrado (40.2%) y se olvida tomarla (32.8%); las razones para no aceptar el DIU como método de PF fueron: no desean planificar (20.3%), le da pena (20.3%) y su pareja/cónyuge no acepta (20.3%).

También, las razones para no aceptar el condón como método de PF fueron: no desea planificar (24.1%) y no produce la misma sensación (23.8%); resultados similares a los obtenidos por Vásquez Ovando y cols., (2021) el (40%) de las mujeres rechazaron los métodos anticonceptivos por temor a efectos secundarios, el (15.6%) rechazaron los métodos anticonceptivos por su desconfiaban de estos, y el (8.9%) los rechazaron debido a mitos y rumores, otro (8.9%) los rechazaron por falta de conocimientos, mientras que el (6.7%) los rechazaron porque no tuvieron la aprobación de su pareja; Gadea Rivera (2021) refiere que las puérperas rechazaron los métodos anticonceptivos por experiencias negativas (RP=8.44; p=0.000) y por actitud negativa de la pareja hacia el uso de métodos anticonceptivos (RP=5.17; p=0.001). Cano-Collado y López Wade (2018) ya que las causas más elegidas de rechazo fueron el temor a los efectos secundarios (28.7%) y los mitos y rumores sobre los métodos (21.8%).

Por otro lado, las puérperas señalaron que el método de PF más apropiado después del parto: DIU (37.6%), condón masculino/femenino (27.0%) y el método



de amenorrea de la lactancia (LAME) (18.3%), cabe mencionar que las encuestadas refirieron la existencia de las complicaciones en los métodos de PF utilizados: dolor de vientre (40.2%), sangrado (30.5%) e infección vaginal (18.0%).

Así como, las fallas en los métodos de PF previamente utilizados: salió embarazada (55.6%), engordó (34.1%) y muchos cambios de humor (9.0%); la recomendación de algún método de PF después del parto, cesárea o aborto: DIU (52.7%), condón masculino/femenino (20.9%) e inyectable trimestral (19.0%).

8.3. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos de PF

Para concluir el conocimiento demostrado por las puérperas fue: conocimiento bueno (69.1%) y conocimiento regular (29.6%) contrario a lo expuesto por los autores: Cano-Collado y López Wade, que demostró que (19.5%) de los encuestados tenían una falta de conocimientos acerca de los métodos de PF; las actitudes fueron favorables en las puérperas (54.7%); por último, las prácticas fueron desfavorables (63.0%).

Así mismo, Avendaño Pozada (2020) reportó que las mujeres puérperas encuestadas tenían conocimiento bueno (90.7%), conocimiento malo (6.7%) y conocimiento regular (2.6%), mientras que hubo diferencias significativas respecto a las actitudes (95% tenían actitudes desfavorables y sólo (5%) tenían una actitud favorable, al igual que las prácticas, (98%) tuvieron prácticas favorables y tan sólo (2%) obtuvieron prácticas desfavorables. Contrastando con lo encontrado en este estudio donde la diferencia se observa en las prácticas.



9. CONCLUSIONES

En relación con, los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las pacientes puérperas sobre los métodos de PF que están adscritas en el IMSS HGZ No. 46.

Se observó que los conocimientos obtenidos por las puérperas son buenos y regulares respectivamente, las actitudes fueron favorables y desfavorables, sin embargo, las prácticas fueron desfavorables en mayor proporción que las favorables, esto a pesar de que el conocimiento bueno y las actitudes favorables son superiores.

Las características sociodemográficas y las variables del estudio no siguen una distribución normal, cabe señalar que durante el análisis de correlación de pruebas no paramétricas se encontró que tanto las características sociodemográficas y las variables: nivel educativo, estado civil, religión, edad, actividad económica, tipo de actividad económica, salario por el tipo de actividad económica, salario mensual de la pareja/cónyuge, edad de la menarca, periodo de la menstruación, número de hijos, número de gestas, número de partos, número de abortos, número de cesáreas, edad de inicio vida sexual activa, periodo intergenésico, conocimientos, prácticas y actitudes; se correlacionan negativamente y positivamente con (p -valor=0.05 y p -valor=0.01) presentan correlaciones bilaterales positivas y negativas, entre ellas con (p -valor=0.05 y p -valor=0.01),

Por otro lado, se halló que el rechazo de los métodos de PF por parte de las puérperas es debido a las prácticas desfavorables presentes, puesto que el conocimiento es bueno y las actitudes son favorables. Cabe mencionar que se encontraron impedimentos por el que las mujeres en edad fértil no pueden utilizar los métodos de PF como: el deseo a embarazarse, la religión y el rechazo de la pareja a los métodos anticonceptivos. No obstante, un importante porcentaje de las puérperas se sienten presionadas para utilizar algún método de PF y que quienes presionaron a las puérperas fueron el médico, la enfermera y la pareja/cónyuge en ese orden.



Por último, las puérperas refieren razones específicas para rechazar el uso de métodos de PF, esto debido principalmente a experiencias negativas relacionadas con sus prácticas desfavorables: no desear planificar, olvidar tomar las tabletas, sentir pena, rechazo de su pareja/cónyuge y no sentir la misma sensación durante las relaciones sexuales. También, las puérperas señalaron que los métodos de PF, no siempre les han funcionado por lo que tienen dudas al momento de utilizarlos: ya que han salido embarazadas, han ganado peso y les han provocado muchos cambios de humor.

Para concluir, las prácticas desfavorables tienen un peso importante en el rechazo o la adopción de los métodos de PF, en las puérperas, lo que conlleva a embarazos no deseados o periodos intergenésicos breves, por lo que se deben dilucidar a qué corresponden las prácticas desfavorables y trabajar sobre el origen, es decir, si son resultado de los conocimientos regulares y de las actitudes desfavorables.



10. PERSPECTIVAS

Al considerar la importancia de la presente investigación y a través de los resultados obtenidos, se expresan las subsiguientes recomendaciones a los profesionales médicos del IMSS HGZ No. 46 con el propósito, de mejorar los conocimientos de la salud sexual y reproductiva específicamente en los métodos anticonceptivos y de planificación familiar en el Primer Nivel de Atención.

1. Al Instituto Mexicano del Seguro Social

- A continuar el fortalecimiento del programa de promoción y orientación de los métodos de Planificación Familiar en las distintas etapas de la vida, en el primer nivel de atención.

2. A los Hospitales Generales de Zona

- A observar el cumplimiento de la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de Planificación Familiar, que favorezca el uso correcto y el abastecimiento de estos a la población derechohabiente.
- Capacitar continuamente al personal de salud de forma integral sobre los métodos de planificación familiar.
- Priorizar la promoción sobre los métodos de planificación familiar, específicamente durante las consultas prenatales.
- Ofrecer los métodos de planificación familiar no solo durante el embarazo, sino también en el puerperio.
- Promocionar los métodos de planificación familiar específicamente los beneficios de su uso, sin olvidar sus posibles efectos adversos.
- Eliminar la conducta negativa de presionar a las puérperas en la adopción de métodos de planificación familiar, si lo hubiera, por parte del personal médico.

3. A los futuros investigadores

- Continuar el tema de investigación para mejorar la comprensión de los factores que provocan el rechazo de los métodos de planificación familiar.



- Estandarizar encuestas e instrumentos para la búsqueda de los factores principales que favorecen el rechazo de los métodos de planificación familiar.
- Contribuir en la mejora continua de la promoción de los métodos de planificación familiar.
- Favorecer la implementación de estrategias que favorezcan la adopción de métodos de planificación familiar en todas las personas que así lo desean, especialmente en las pacientes puérperas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3ThzWAr>
2. Chaib F. OMS Destaca planificación familiar como prioridad en países en desarrollo [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL; 2017 [citado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3TezYZL>
3. Kantorová V, Wheldon M, Ueffing P, Dagupta A. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. PLoS Med. 2020;17(2):1-20.
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Family planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York, USA: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2019 p. 2. Available from: <https://bit.ly/3ENAeaZ>
5. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2017 p. 2.
6. The Alan Guttmacher Institute. Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels [Internet]. New York: The Alan Guttmacher Institute; 2002 p. 1. Available from: <https://bit.ly/3mhljwf>
7. Planificación familiar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2VT2qYn>
8. Planificación familiar [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2021 [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2XwfrY3>
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Intercensal 2015. D. F.: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); 2015 p. 4-16.



10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. D.F.: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); 2014 p. 14-18.
11. Consejo Nacional de Población. Tabasco: Salud Sexual y Reproductiva. Villahermosa, Tabasco: Consejo Nacional de Población; 2014 p. 2-12.
12. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. 3ª ed. Baltimore y Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP); 2019.
13. Planificación Familiar | Instituto de Salud del Estado de México [Internet]. Salud.edomex.gob.mx. 2018 [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2Xufzlf>
14. Planificación familiar: Salud y bienestar para toda la familia [Internet]. Vmtsalud.com.pe. 2021 [citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2ZiwwWn>
15. Planificación Familiar [Internet]. Prosalud.org. 2017 [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3zkPE2r>
16. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA 2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Distrito Federal: Secretaría de Salud; 1993 p. 5-6.
17. La relación sexual [Internet]. Sanitas.es. 2021 [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/39wep1j>
18. Los métodos anticonceptivos [Internet]. Sanitas. 2021 [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3zmF5fl>
19. Comité de Planeación Para el Desarrollo del Estado de Tabasco COPLADET. Programa Especial de Población del Estado de Tabasco (PETET) 2019-2024. Villahermosa, Tabasco: Comité de Planeación Para el Desarrollo del Estado de Tabasco COPLADET; 2019 p. 32-37.



20. Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) Tabasco. Informe sobre la Estrategia Nacional y Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Villahermosa, Tabasco.: Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) Tabasco; 2021 p. 8.
21. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Perfiles de Salud Reproductiva Tabasco. México D.F.: Consejo Nacional de Población (CONAPO); 2011 p. 17-46.
22. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2013 p. 13-43.
23. Información Básica del Estado de Tabasco Salud Reproductiva. 1ª ed. Ciudad de México: Ipas México; 2021 p. 2-14
24. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. México D. F.: Consejo Nacional de Población; 2016 p. 97, 188.
25. Ovando RV, Lavariega GD, Mora GL, Cordero EM, Hernández GE, Martínez JA, et al. Factores Que Motivan a las mujeres en puerperio inmediato a rechazar Los Métodos Anticonceptivos en UN Hospital de Veracruz México. South Florida Journal of Development. 2022;3(1):156–66.
26. Gadea Rivera MA. Factores asociados al rechazo de uso de métodos anticonceptivos después del parto en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2021 [Tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. p. 7–8.
27. Cano-Collado L, López-Wade A. Rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Vicente Guerrero, Teapa, Tabasco, México. Salud en Tabasco. 2018;24(1,2):7-15.
28. Avendaño Pozada F. Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la UMF No. 11 [Especialidad en Medicina Familiar]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020.
29. De la Vera Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avendaño B, Suárez-López L, Villalobos A, Ávila-Burgos L et al. Provisión de métodos anticonceptivos en el



posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Pública de México*. 2020;62(6):637-646.

30. ¿Qué es un estudio transversal? [Internet]. QuestionPro. 2021 [citado el 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3zxKb8J>

31. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la Investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014 p. 173–175.

32. Westreicher G. Muestreo [Internet]. Economipedia.com. 2021 [citado el 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3kkSdNy>

33. Rocha Morales R. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en puerperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015 [Médico Cirujano]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015

34. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia: Asociación Médica Mundial; 1964 p. 1-3.

35. Diario Oficial de la Federación. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación; 1983 p. 2-6.

36. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SECRETARIA DE SALUD 3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2013 p. 3-11.

37. Oviedo H, Campo Arias H. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev. colomb. psiquiatr.* 2005;34(4):572-580.



ANEXOS

Anexo 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	IMSS HGZ No. 46, ubicado en la Carretera Villahermosa-Frontera km 2.5, col. Casa Blanca 2da Sección, 86060. Villahermosa, Tabasco a noviembre del 2021.
Número de registro institucional:	R-2022-2701-D08
Justificación y objetivo del estudio:	La planificación familiar contribuye al desarrollo saludable, económico y social de las familias, ya que a través de mejores conocimientos, actitudes y prácticas: se controla el espaciamiento y número de hijos, reduce la mortalidad materno-infantil, disminuye los costos de sanidad, reduce los abortos, mejora la salud sexual y reproductiva, finalmente el uso regular de algunos métodos anticonceptivos contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual (VIH entre otras). El estudio evaluará sus conocimientos, aptitudes y prácticas que posee en relación a los métodos de planificación familiar, lo que le impide elegir un método anticonceptivo acorde a su estilo de vida.
Procedimientos:	Se llevará a cabo una entrevista a la paciente púerpera por medio del instrumento validado, Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Púerperas en cuanto a Planificación Familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Las pacientes púerperas tendrán una atención personalizada, orientada relación a los niveles de conocimientos, aptitudes y prácticas, lo que les permitirá elegir de manera libre e informada los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a su estilo de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información sobre los resultados podrá ser consultada una vez que la investigación haya sido finalizada.
Participación o retiro:	Conservó el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica en el hospital general de zona No. 46.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán tratados en forma confidencial. Su uso es exclusivo para este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ___ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Med. Esp. Ricardo González Anoya. Correo: anoyar@hotmail.com Cel: 9933110529.

Colaboradores: Med. Esp. Mario de Jesús Dzib Xool. Correo: ginecomex@yahoo.com.mx Cel: 9932780662. Residente Estela Surisadai Broca Jiménez estela-sagitario@hotmail.com Cel:9341161169.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cel.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013



Anexo 2

Cédula de Datos Sociodemográficos

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46.

I. Datos sociodemográficos de la derechohabiente

1. ¿Cuál es tu sexo?

1. Femenino () 2. Masculino ()

2. ¿Cuántos años tienes?

() años cumplidos Fecha de nacimiento (/ /)

3. ¿Qué grado de estudios tiene?

1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado

4. ¿Cuál es tu estado civil?

1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Unión libre 5. Viuda

5. ¿Qué religión profesa usted?

1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Adventista 5. Otra ()

6. ¿Desarrolla alguna actividad laboral que le genere ingresos mensuales?

1. Si () 2. No ()

7. Si su respuesta es sí ¿Qué tipo de actividad desarrolla? (Especifica en ambos casos)

1. Empleada () 2. Autoempleado () 3. Desempleada () 4. Otro ()

8. Si su respuesta es sí ¿Cuál es tu salario mensual?

1. ≤\$2,000.00 2. \$3,000.00–\$5,000.00 3. \$6,000.00–\$8,000.00 4. >\$9,000.00

9. ¿Cuál es el salario mensual de su pareja/cónyuge?

1. ≤\$2,000.00 2. \$3,000.00–\$5,000.00 3. \$6,000.00–\$8,000.00 4. >\$9,000.00



Anexo 3

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Puérperas en cuanto a Planificación Familiar”

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46.

Introducción: Buen día soy la Dra. Estela Surisadai Broca Jiménez residente de la especialidad de Medicina Familiar, a continuación, le presento una encuesta con 34 ítems, le pido que responda con la mayor sinceridad posible, de acuerdo a sus conocimientos en planificación familiar.

Instrucciones: Los siguientes ítems requieren completar con **números** o con una **x** según sea el caso. **Solo hay una respuesta por pregunta, aplique su criterio.**

I. Antecedentes gineco-obstétricos

1. ¿Qué edad tenía cuando comenzó la menarquia?
Años ()
2. ¿Su periodo menstrual es?
1. Regular () 2. Irregular ()
3. ¿Cuál es el número de parejas sexuales, que ha tenido en su vida?
1. Uno () 2. Dos () 3. >Dos ()
4. ¿Ha tenido embarazos previos?
1. Gestas () 2. Partos () 3. Aborto () 4. Cesárea ()
5. ¿A qué edad inició su vida sexual activa?
1. <5 años () 2. 15 a 19 años () 3. ≥20 años ()
6. ¿Cuál ha sido su periodo intergenésico?
1. < Un año () 2. Dos años () 3. > Tres años ()

II. Información

7. ¿De quién recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar?
1. Padres () 2. Amigos () 3. Vecinos () 4. Familiar () 5. Médico () 6. Enfermera () 7. Profesor () 8. Nadie () 9. Otro ()
8. ¿Dónde recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar?
1. Casa () 2. Vecindario () 3. SSA () 4. IMSS () 5. Escuela () 6. Internet () 7. Medios de comunicación () 8. Otro ()

III. Conocimientos

9. ¿Has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos?
1. Si () 2. No ()
10. ¿Para qué sirven los métodos anticonceptivos?
1. Evitar embarazos () 2. Controlar el número de hijos () 3. Prevenir las infecciones de transmisión sexual () 4. Todas las anteriores ()
11. ¿Cuál es el tiempo para aplicar el método de planificación familiar?
1. Antes de la menstruación () 2. Durante la menstruación () 3. Después de la menstruación () 4. Inmediatamente después del parto ()
12. ¿Conoces algún método de planificación familiar en particular?
1. Si () 2. No ()
13. ¿Cuáles métodos de planificación familiar conoces?
1. Métodos naturales () 2. Condón masculino/femenino () 3. Pastillas () 4. Hormonales inyectable () 5. DIU () 6. Vasectomía () 7. OTB ()
14. ¿Cuáles de todos los métodos de planificación familiar que conoces consideras el más seguro?



1. Métodos naturales () 2. Condón masculino/femenino () 3. Pastillas () 4. Hormonales inyectable () 5. DIU () 6. Vasectomía () 7. OTB ()

15. ¿Cuáles de los métodos de planificación familiar que tú conoces además de prevenir el embarazo previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?

1. Métodos naturales () 2. Condón masculino/femenino () 3. Pastillas () 4. Hormonales inyectable () 5. DIU () 6. Vasectomía () 7. OTB ()

16. ¿Cuáles crees es el resultado del hecho de no utilizar un método de planificación familiar?

1. Embarazo no deseado () 2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) () 3. Carga económica () 4. Aborto () 5. Deterioro personal () 6. Abandono de la pareja ()

IV. Actitudes

17. ¿Qué piensas de las pastillas de emergencia para evitar el embarazo?

1. Son la mejor opción para planificar () 2. Es un método sencillo y fácil de usar () 3. No me gusta tomar pastillas, prefiero inyectarme ()

18. ¿Qué piensas de los hormonales inyectables?

1. Son la mejor opción para planificar () 2. Es un método sencillo y fácil de usar () 3. No me gustan los hormonales inyectables ()

19. ¿Qué piensas del parche transdérmico?

1. Son la mejor opción para planificar () 2. Es un método sencillo y fácil de usar () 3. No me gusta el parche transdérmico ()

20. ¿Qué piensas del implante subdérmico?

1. Son la mejor opción para planificar () 2. Es un método sencillo y fácil de usar () 3. No me gusta el implante subdérmico ()

21. ¿Qué piensas del condón masculino?

1. Son la mejor opción para planificar () 2. Es un método sencillo y fácil de usar () 3. No me gustan el condón masculino ()

22. ¿Qué piensas de la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) y la Vasectomía?

1. Es una buena opción de método de planificación a largo plazo () 2. Es un método antiguo que nadie usa () 3. Es un método muy agresivo y causa mucho dolor () 4. No me gusta y no creo que evite embarazos ()

23. ¿Qué piensas del DIU?

1. Es una buena opción de método de planificación a largo plazo () 2. Es un método antiguo que nadie usa () 3. Es un método muy agresivo y causa mucho dolor () 4. No me gusta y no creo que evite embarazos ()

24. ¿Qué te impide utilizar un método de planificación familiar?

1. La religión () 2. Desea embarazarse () 3. Pareja no acepta () 4. No me gustan () 5. No sé cómo utilizarlos () 6. Me cuesta obtenerlos () 7. No creo que sirvan ()

25. ¿Estás consciente de los efectos a utilizar un método de planificación familiar?

1. Sí () 2. No ()

26. ¿Te sientes presionada a utilizar un método de planificación familiar?

1. Sí () 2. No ()

27. Si la respuesta fue sí ¿Por quién?

1. Médico () 2. Enfermera () 3. Pareja/Cónyuge () 4. Otros ()

28. ¿Cuál es la razón para no aceptar los hormonales inyectables como método de planificación familiar?

1. No deseo planificar () 2. Miedo al piquete () 3. Hemorragia () 4. Engorda 5. Mancha la cara () 6. No tengo problemas para planificar con inyecciones ()

29. ¿Cuál es la razón para no aceptar las tabletas como método de planificación familiar?

1. No deseo planificar () 2. Se olvida tomarla () 3. Le produce molestias gástricas () 4. Sangrado () 5. Engorda () 6. Si deseo tabletas ()



30. ¿Cuál es la razón para no aceptar el Dispositivo Intrauterino (DIU) como método de planificación familiar?

1. No desea planificar () 2. Es dolorosa la colocación () 3. Se encarna () 4. Produce sangrado () 5. Produce dolor () 6. Molestia en las relaciones sexuales () 7. Produce infecciones vaginales () 8. Si acepto usarlo ()

31. ¿Cuál es la razón para no aceptar el Dispositivo Intrauterino (DIU) como método de planificación familiar?

1. No desea planificar () 2. Le da pena () 3. Su pareja/cónyuge () 4. No produce la misma sensación () 5. Si acepto usarlo ()

V. Prácticas

32. ¿De los métodos que conocen cuáles has utilizado?

1. Método de amenorrea de la lactancia (MELA) () 2. Condón masculino y femenino () 3. Pastillas () 4. Hormonales inyectables () 5. Dispositivo Intrauterino (DIU) () 6. Vasectomía () 7. Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) ()

33. ¿Cuál consideras que es el método más apropiado después del parto?

1. Método de amenorrea de la lactancia (MELA) () 2. Condón masculino y femenino () 3. Hormonales inyectables () 4. Dispositivo Intrauterino (DIU) () 5. Vasectomía () 6. Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) () 7. Ninguno ()

34. ¿De los métodos anteriores has tenido alguna complicación?

1. Infección vaginal () 2. Sangrado () 3. Dolor del vientre () 4. Incomodidad o molestias en la relación sexual ()

35. ¿De los métodos de planificación anteriores que has utilizado cuál te ha fallado?

1. Salí embarazada () 2. Me engorde () 3. Muchos cambios de humor () 4. Sangraba demasiado () 5. Me provocó infecciones ()

36. ¿Cuál de los métodos recomendarías después del parto o cesárea o aborto?

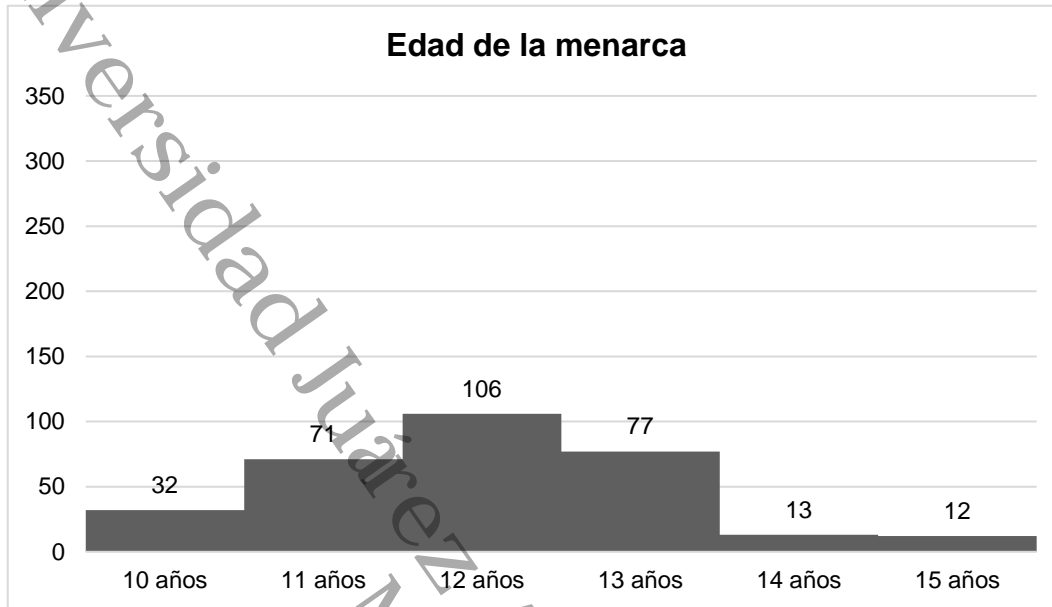
1. Métodos naturales () 2. Condón masculino y femenino () 3. Inyectable trimestral () 4. Dispositivo Intrauterino (DIU) () 5. OTB () 6. Vasectomía () 7. Ninguno ()



Anexo 5. Gráficas

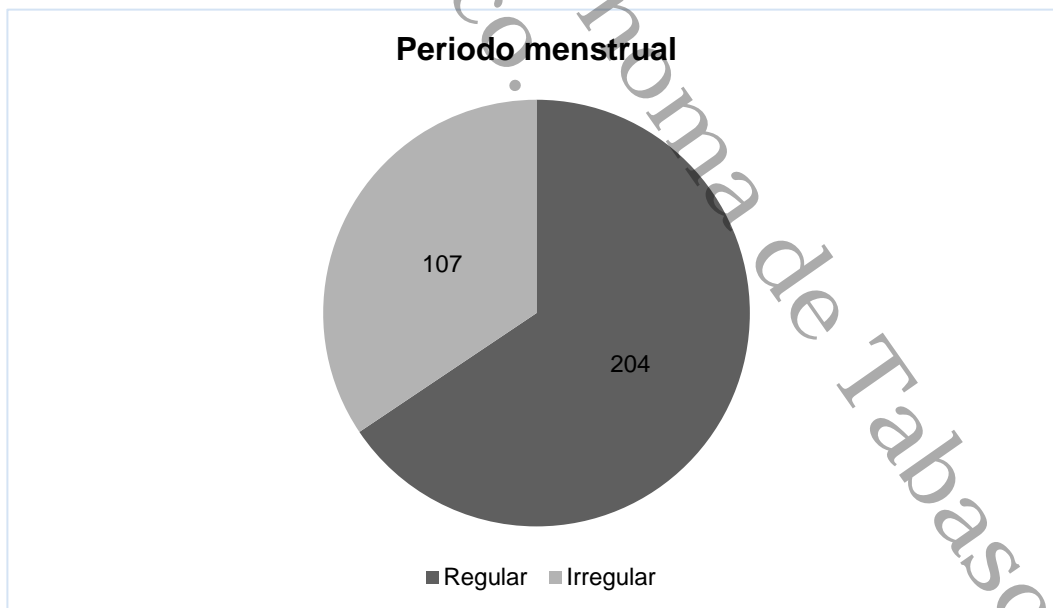
I. Antecedentes gineco-obstétricos

Gráfica 1 Edad de la menarca



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

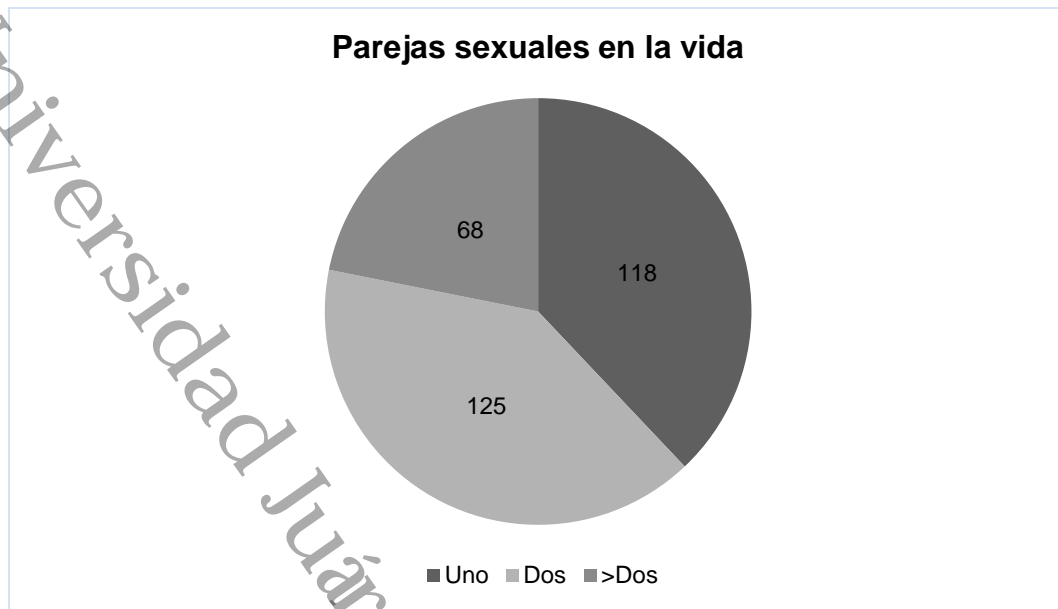
Gráfica 2 Periodo menstrual



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

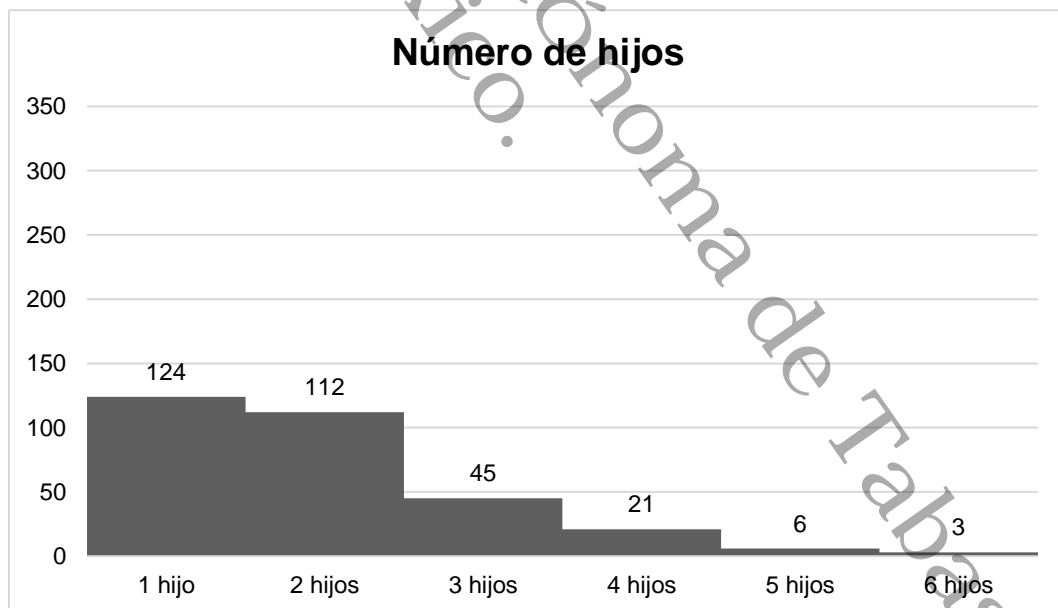


Gráfica 3 Parejas sexuales en la vida



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

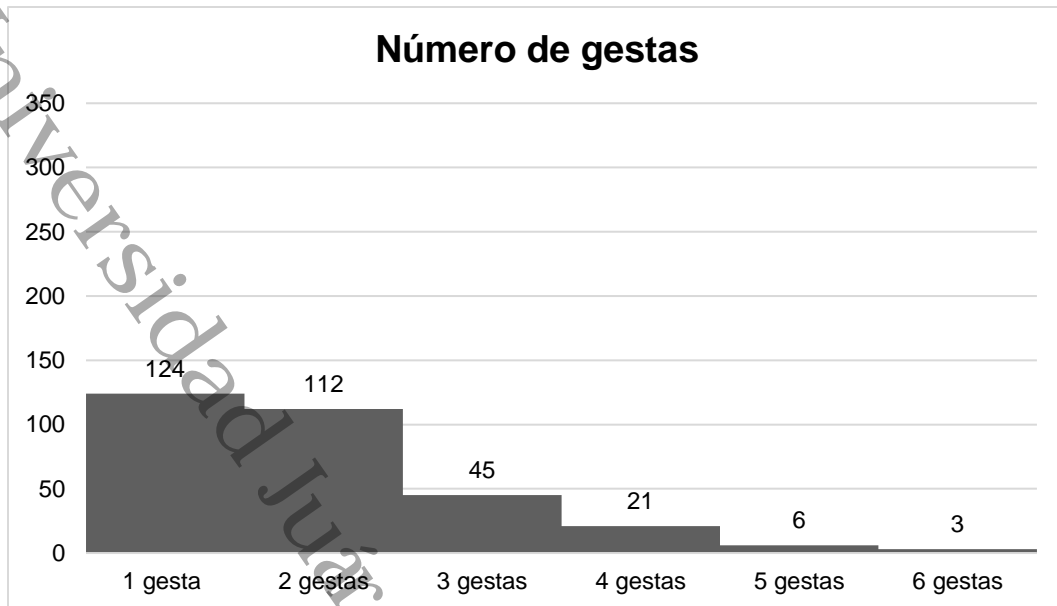
Gráfica 4 Número de hijos



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

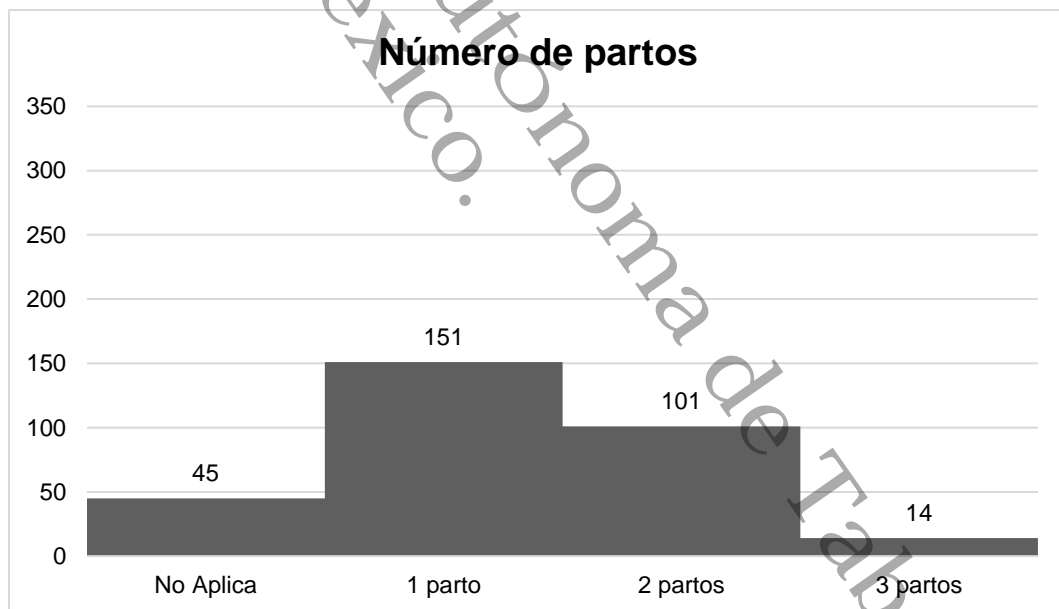


Gráfica 5 Número de gestas



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

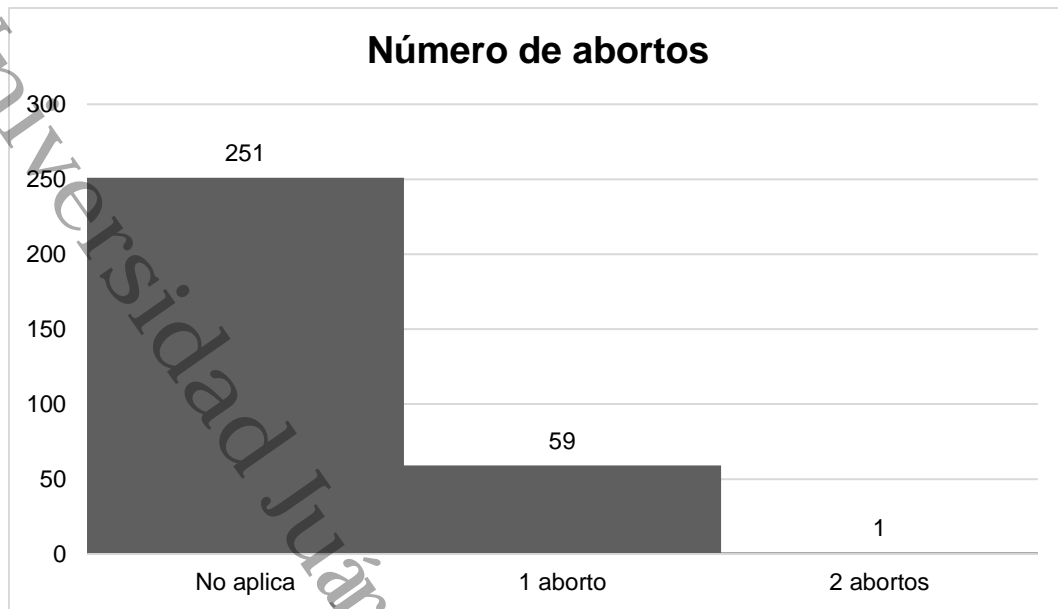
Gráfica 6 Número de partos



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

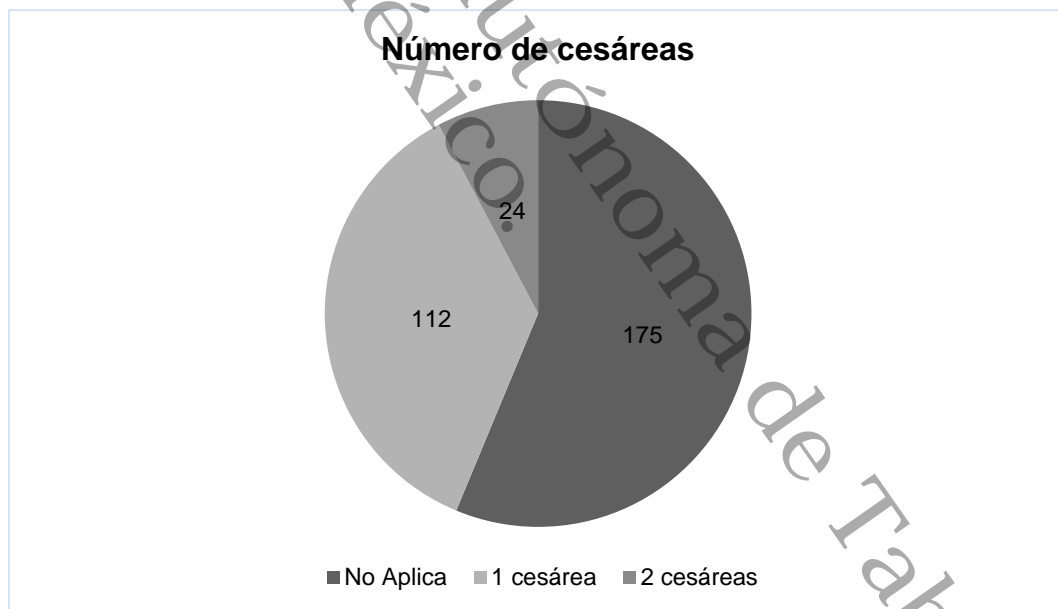


Gráfica 7 Número de abortos



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

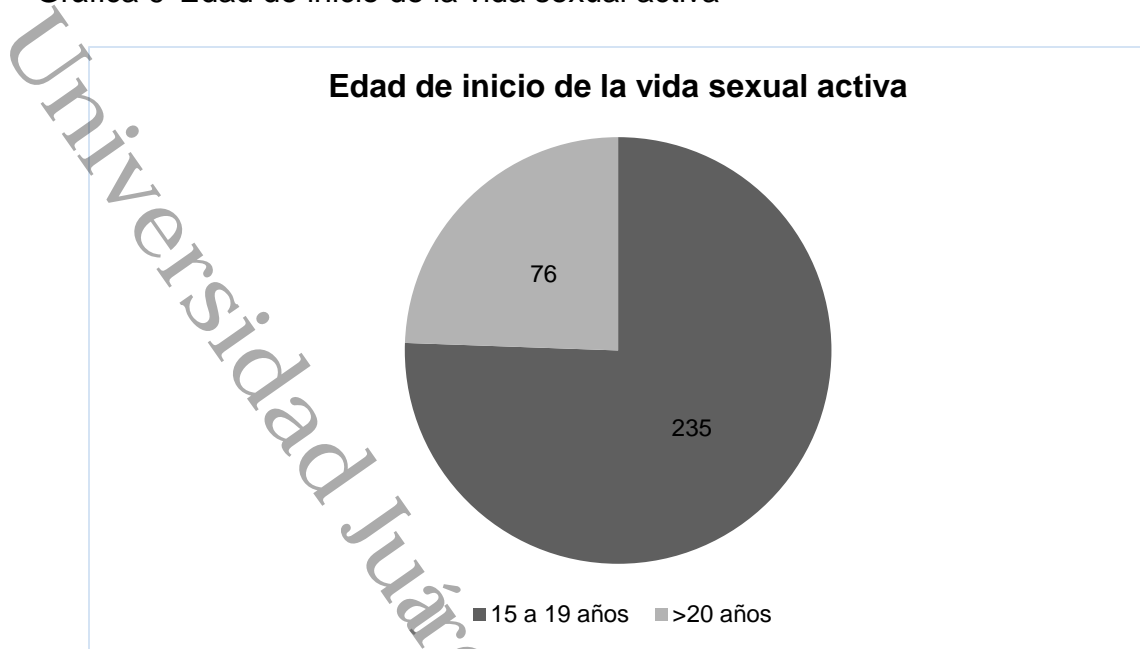
Gráfica 8 Número de cesáreas



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

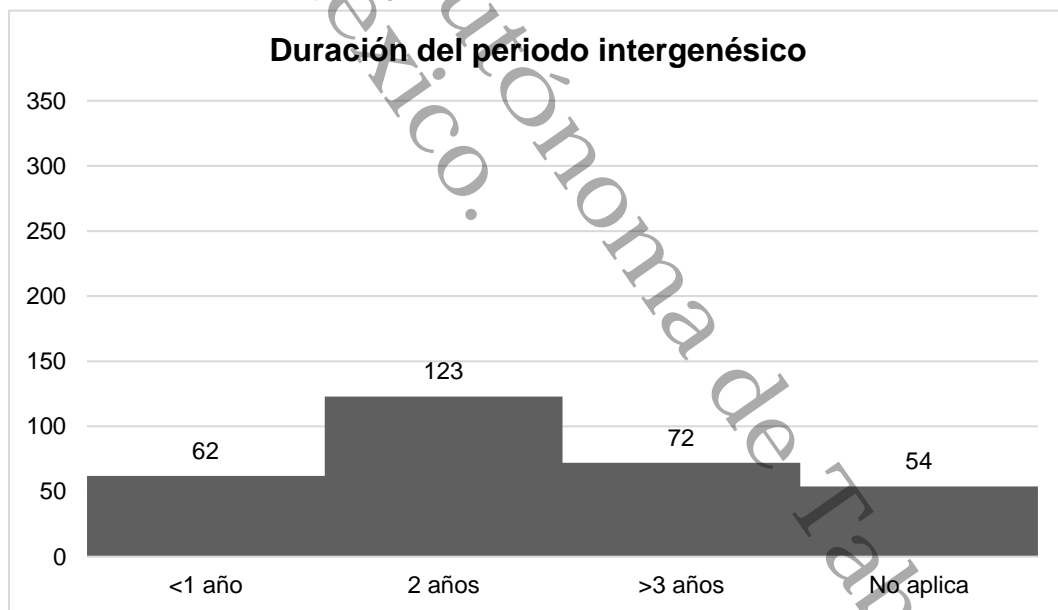


Gráfica 9 Edad de inicio de la vida sexual activa



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

Gráfica 10 Duración del periodo intergenésico

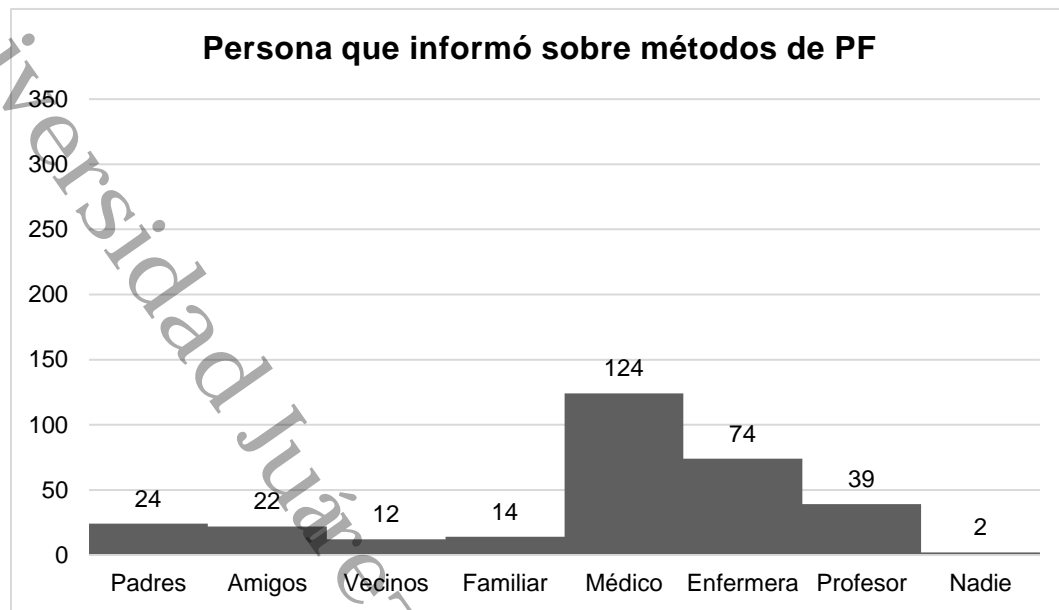


Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.



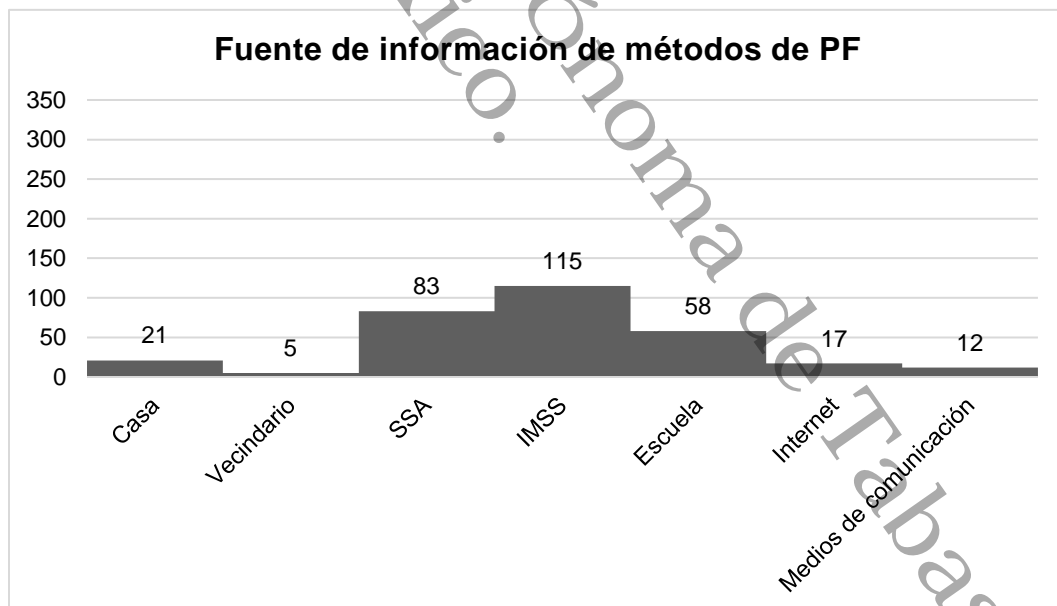
II. Información

Gráfica 11 Persona que le informó sobre métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

Gráfica 12 Fuente de información de métodos de PF

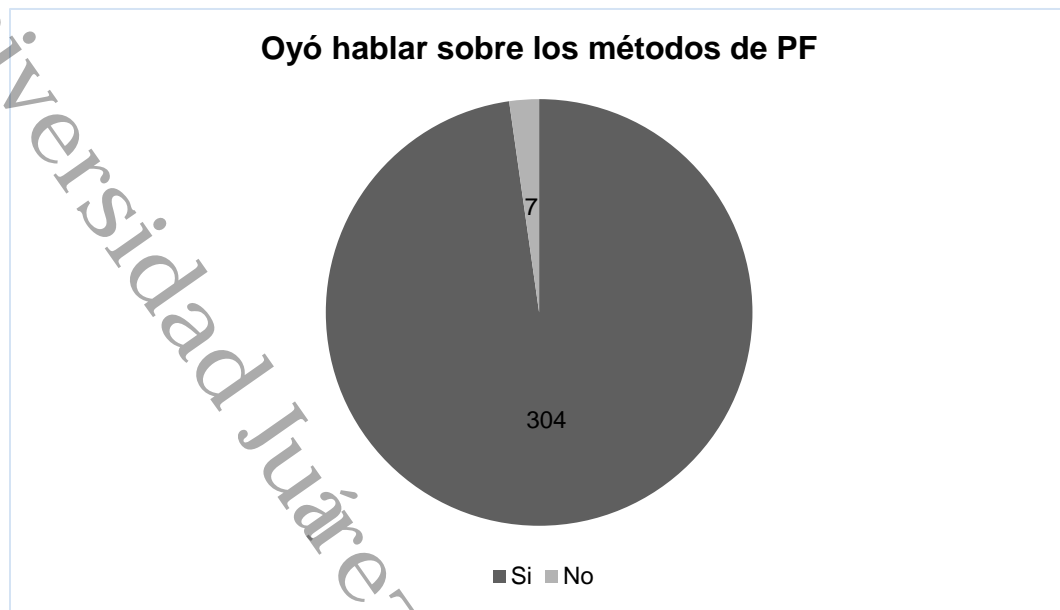


Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.



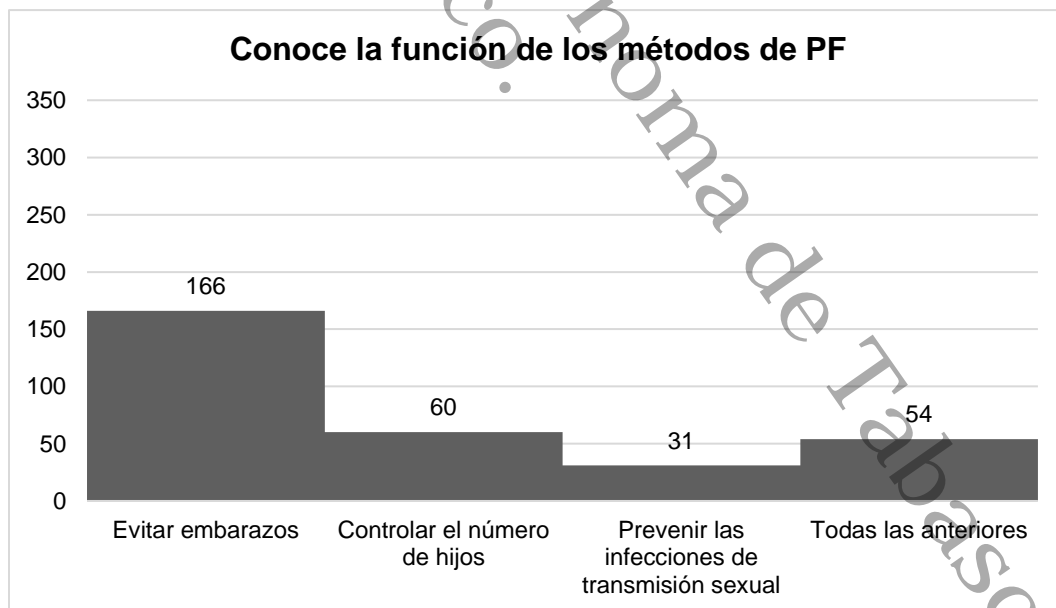
III. Conocimientos

Gráfica 13 Oyó hablar sobre los métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

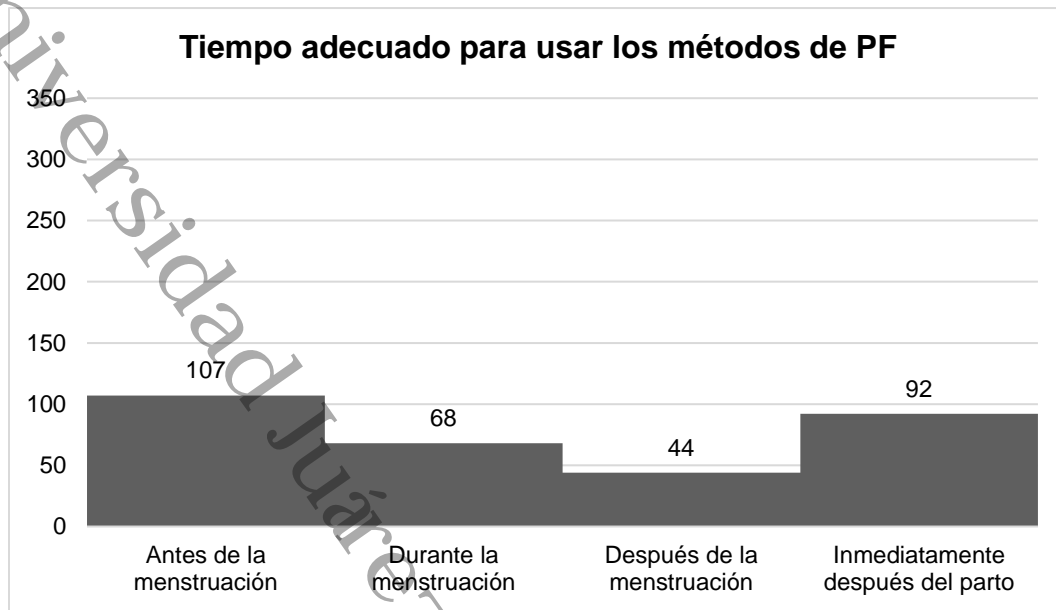
Gráfica 14 Conoce la función de los métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

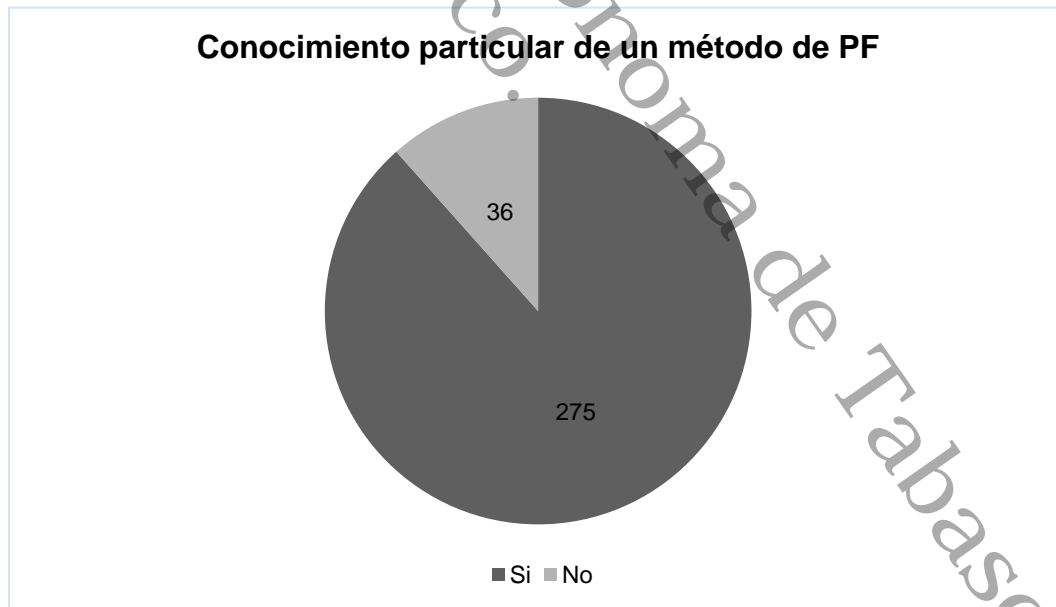


Gráfica 15 Tiempo adecuado para usar los métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

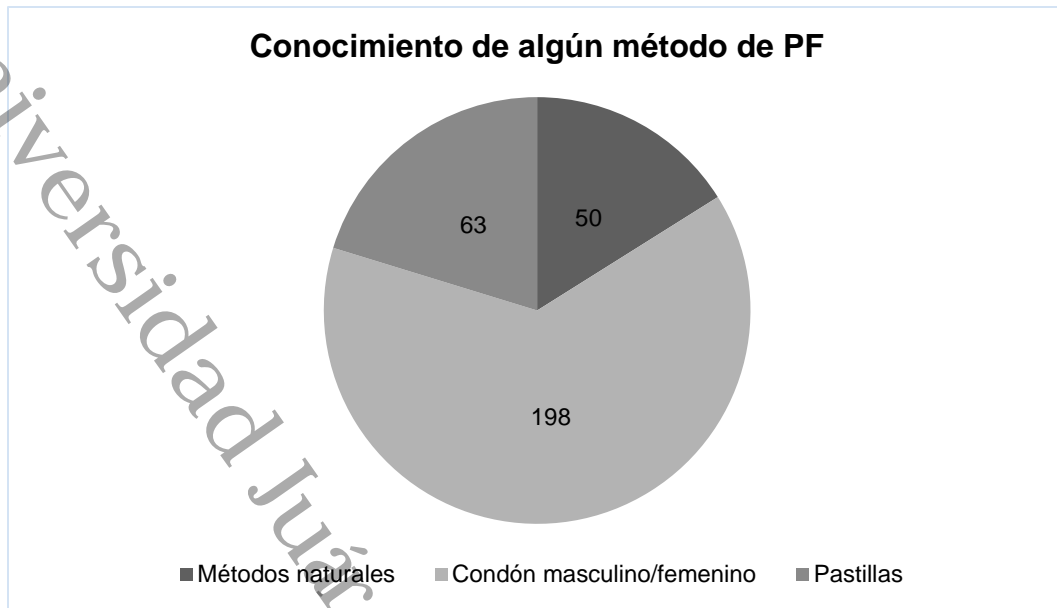
Gráfica 16 Conocimiento particular de un método de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

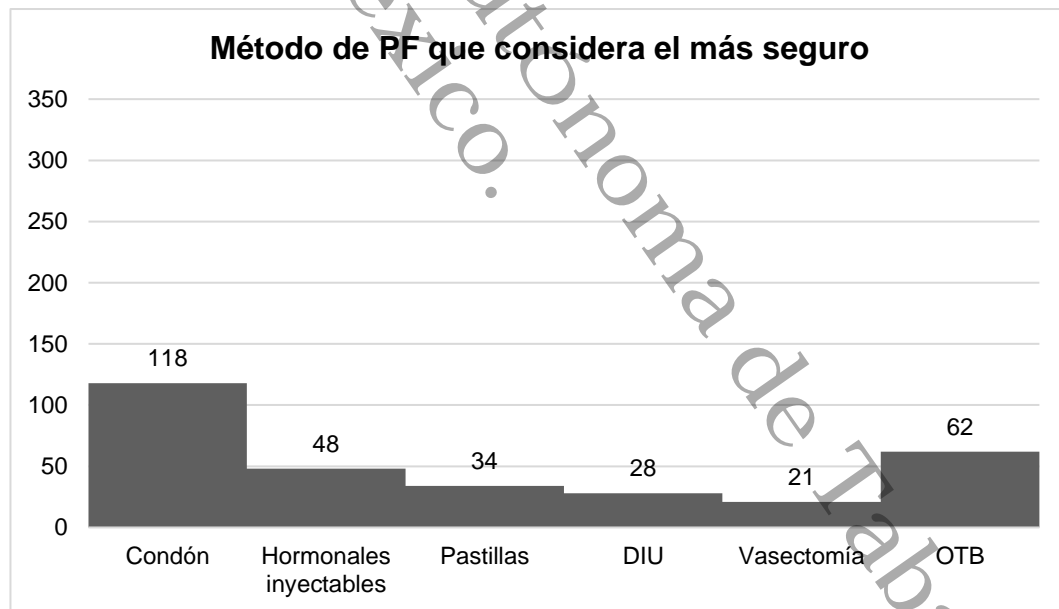


Gráfica 17 Conocimiento de algún método de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

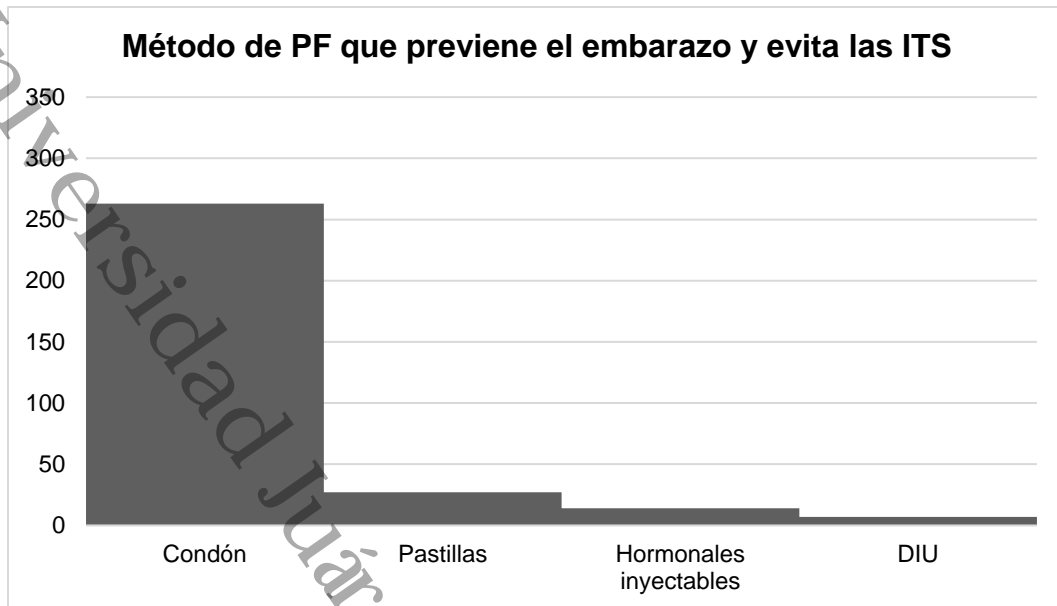
Gráfica 18 Método de PF que considera el más seguro



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

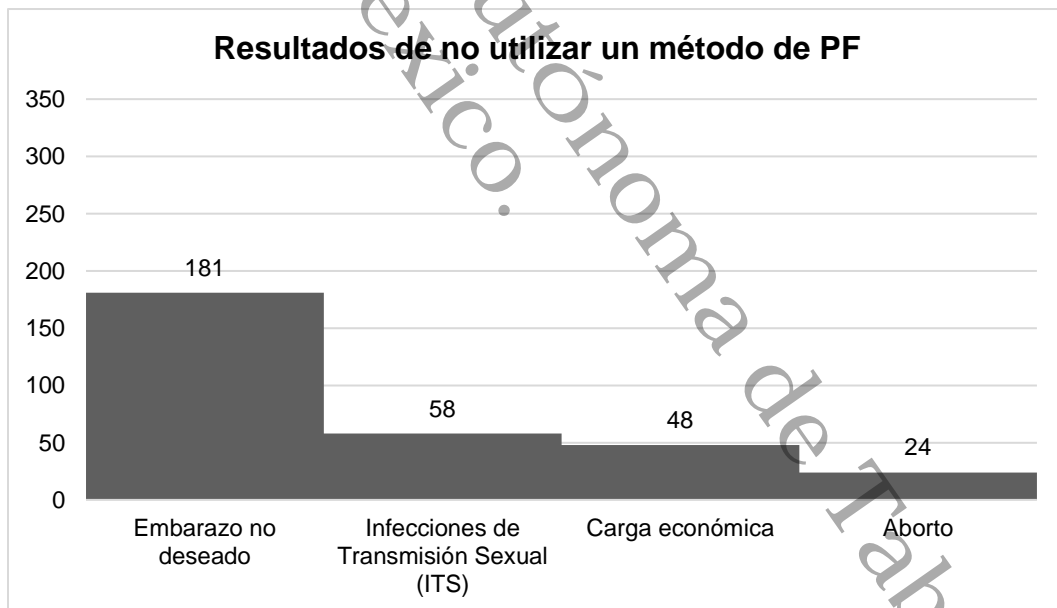


Gráfica 19 Método de PF que previene el embarazo y evita las ITS



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

Gráfica 20 Resultados de no utilizar un método de PF

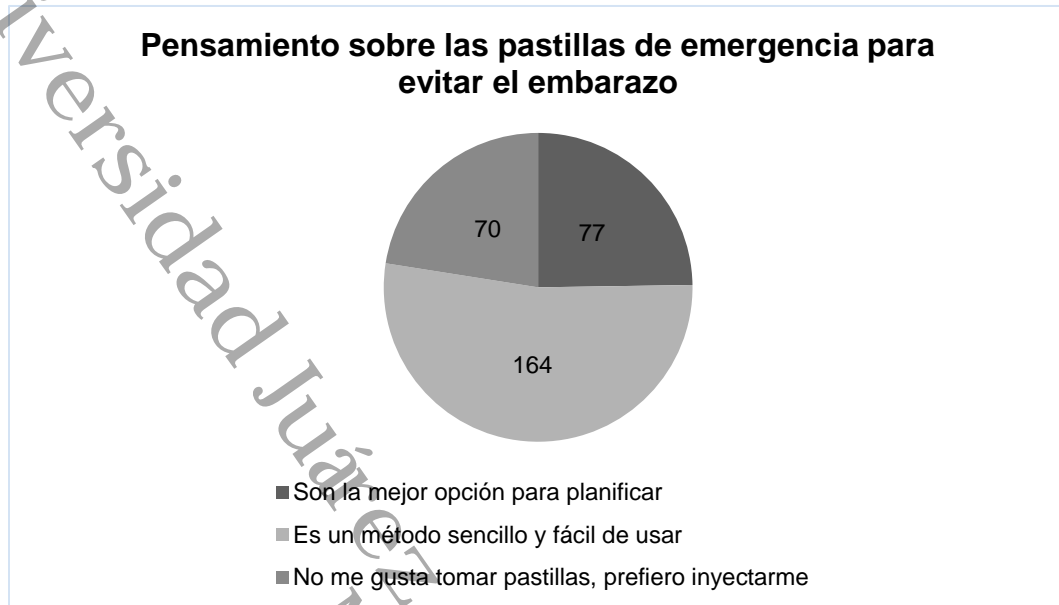


Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.



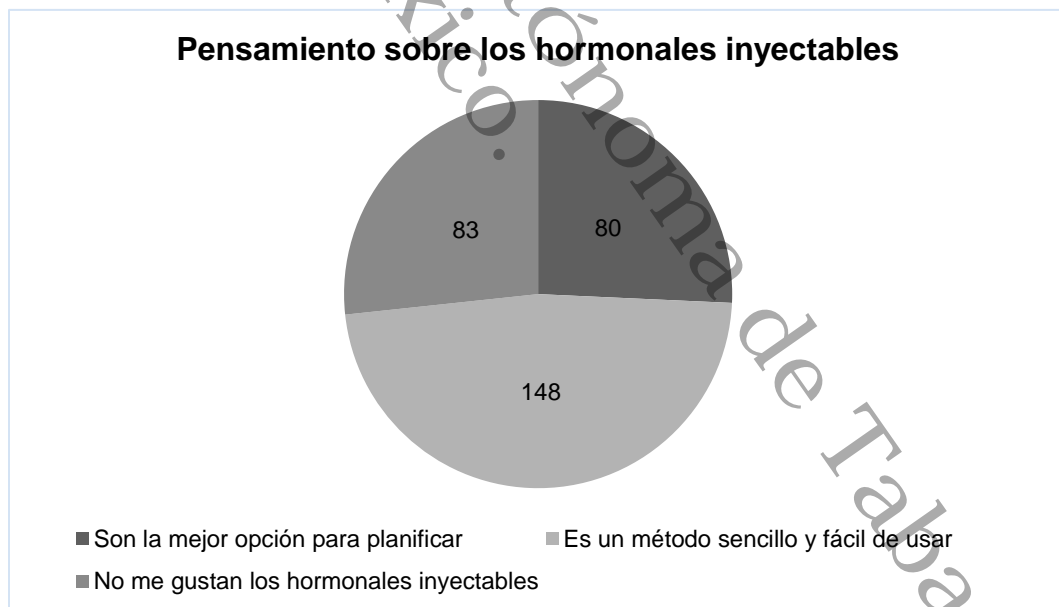
IV. Actitudes

Gráfica 21 Pensamiento sobre las pastillas de emergencias para evitar el embarazo



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

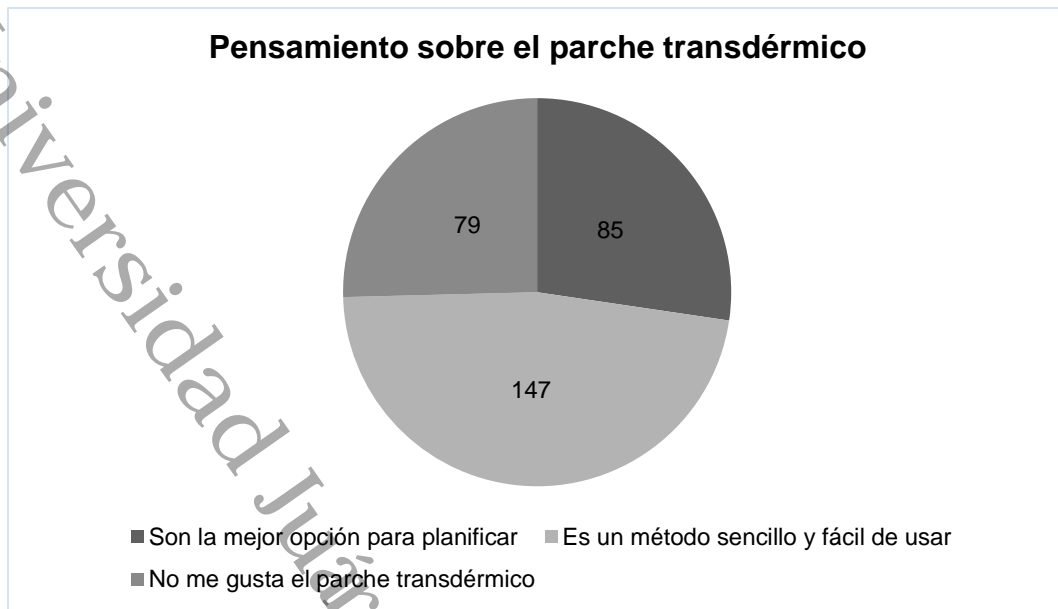
Gráfica 22 Pensamiento sobre los hormonales inyectables



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

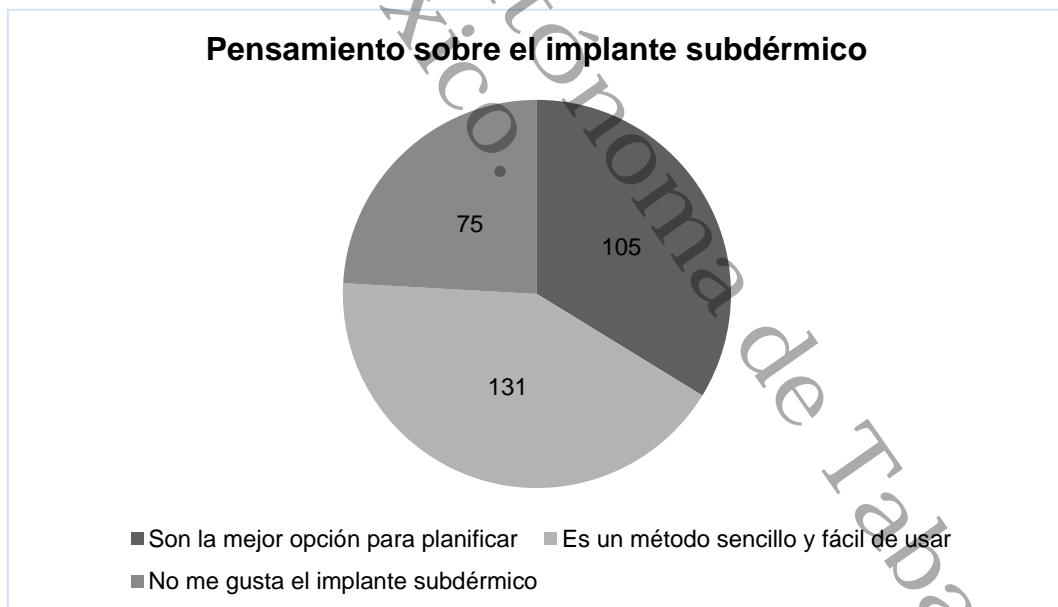


Gráfica 23 Pensamiento sobre el parche transdérmico



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

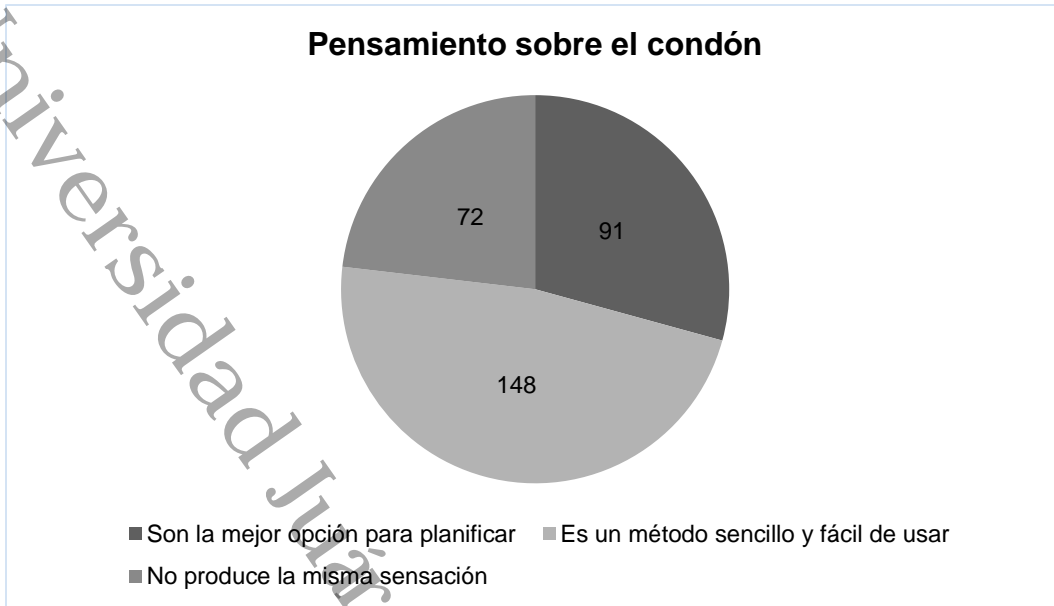
Gráfica 24 Pensamiento sobre el implante subdérmico



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

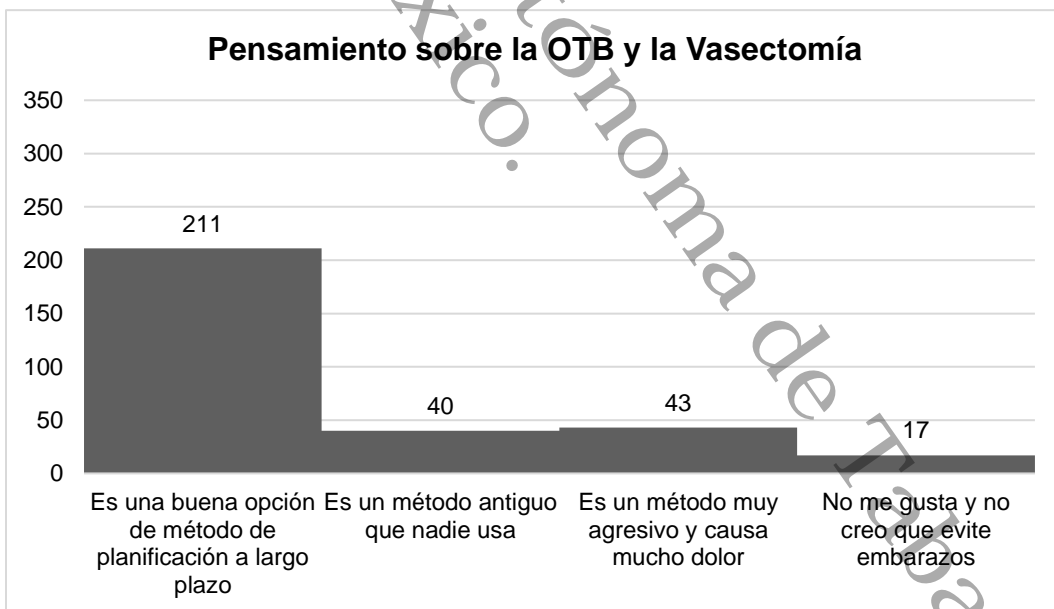


Gráfica 25 Pensamiento sobre el condón



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

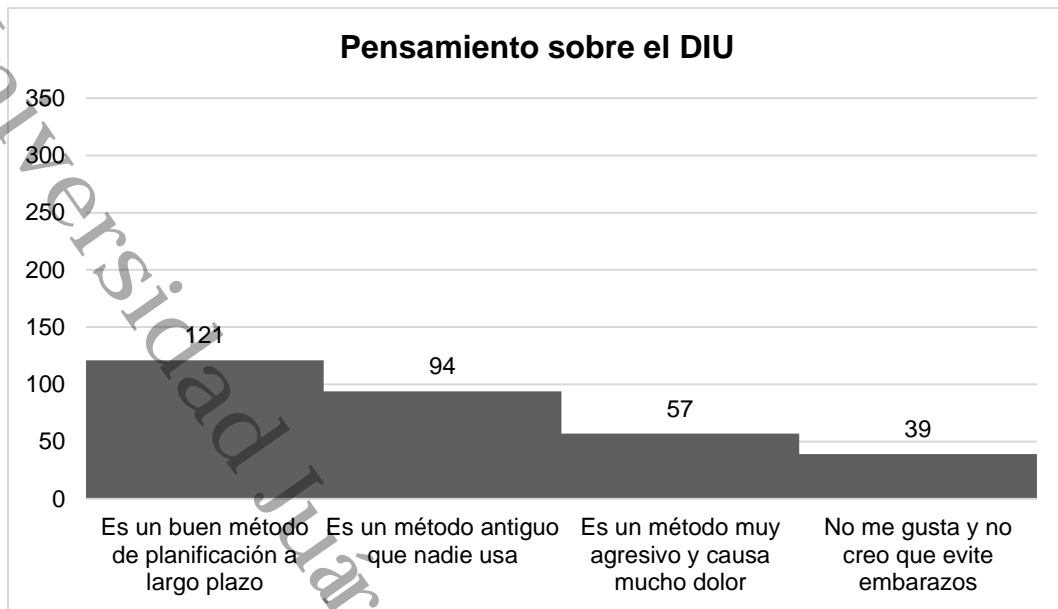
Gráfica 26 Pensamiento sobre la OTB y la vasectomía



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

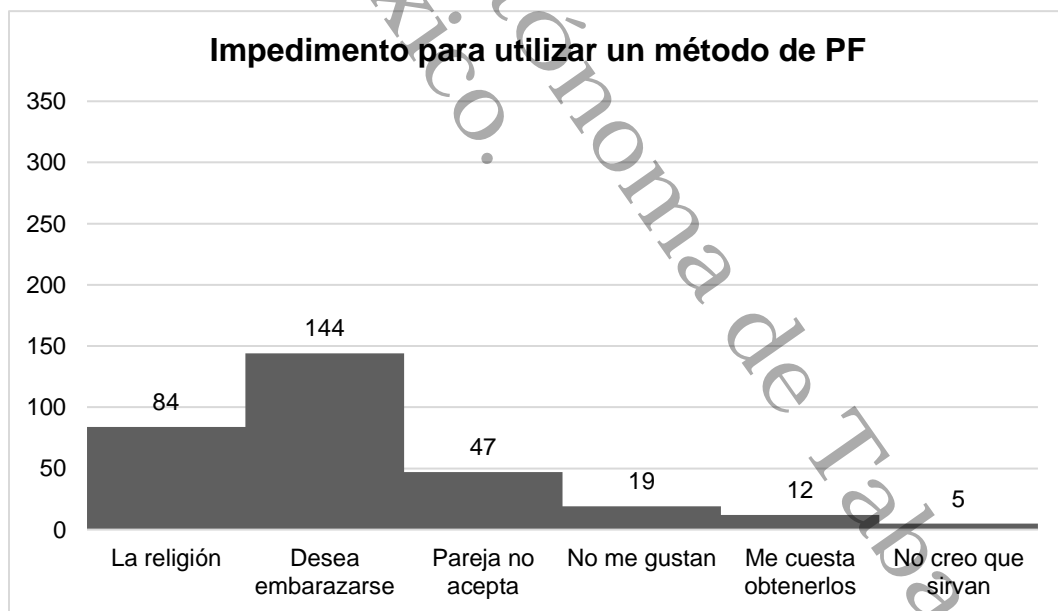


Gráfica 27 Pensamiento sobre el DIU



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

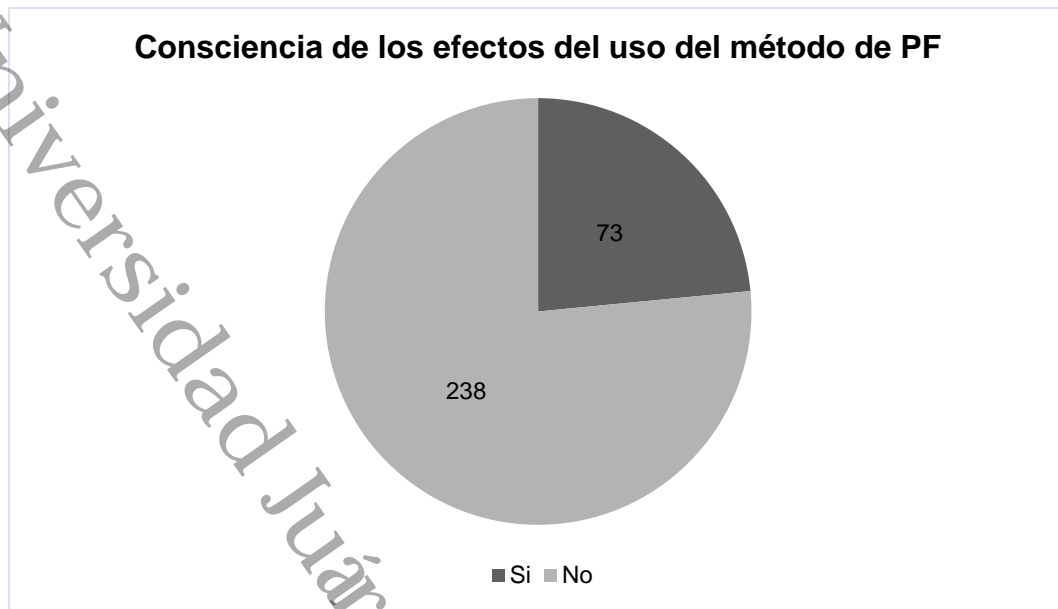
Gráfica 28 Impedimento para utilizar un método de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

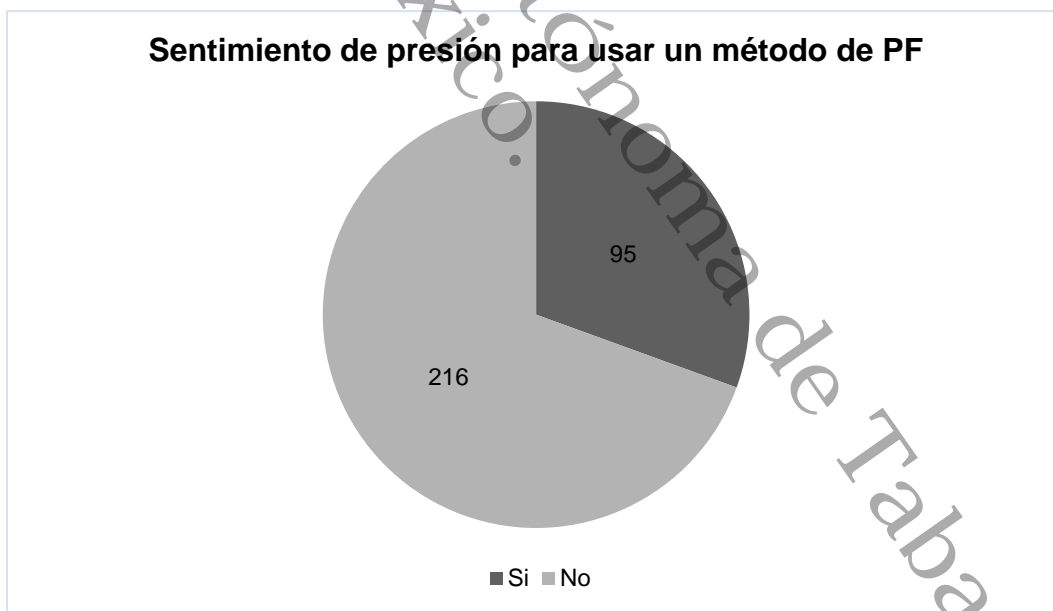


Gráfica 29 Consciencia de los efectos del uso del método de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

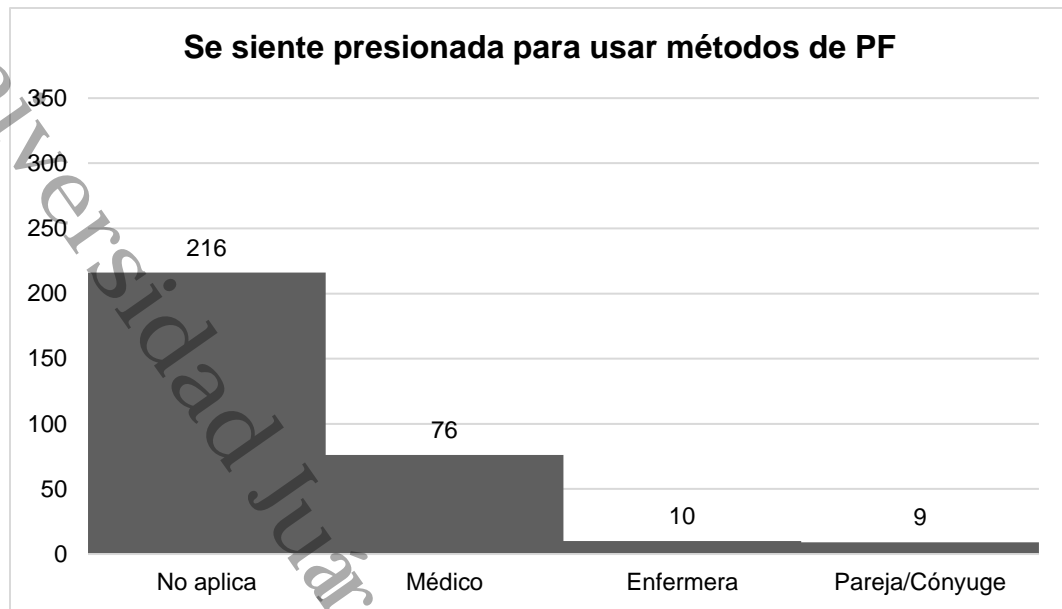
Gráfica 30 Sentimiento de presión para usar un método de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

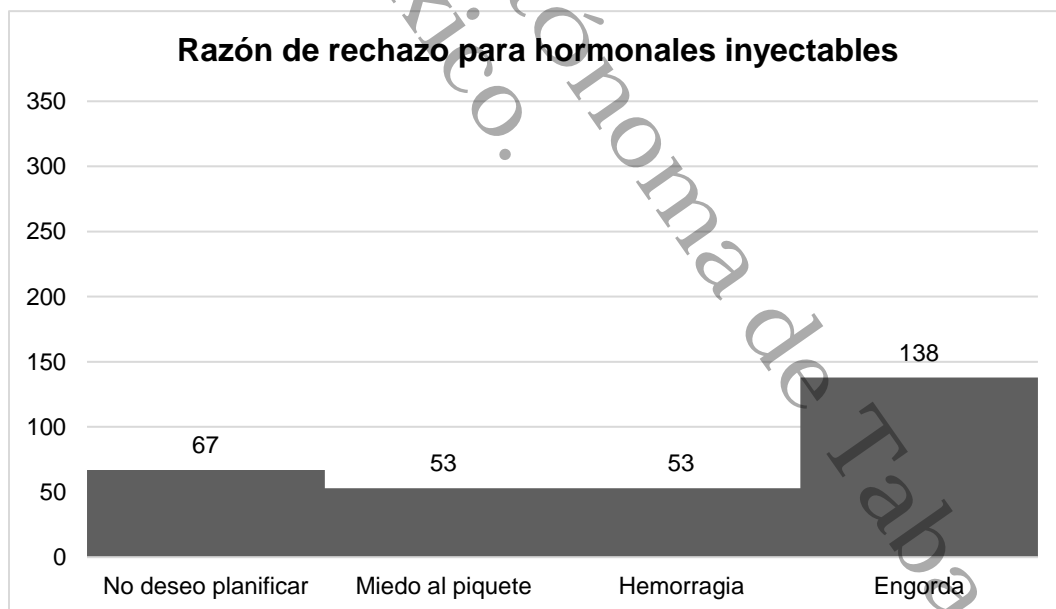


Gráfica 31 Se siente presionada para usar métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

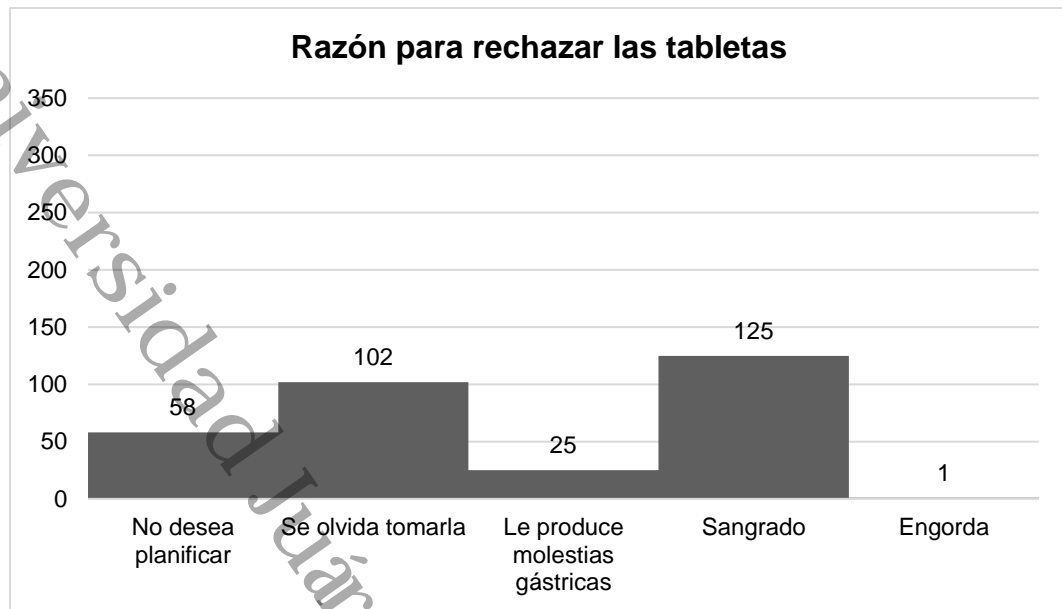
Gráfica 32 Razón de rechazo para hormonales inyectables



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

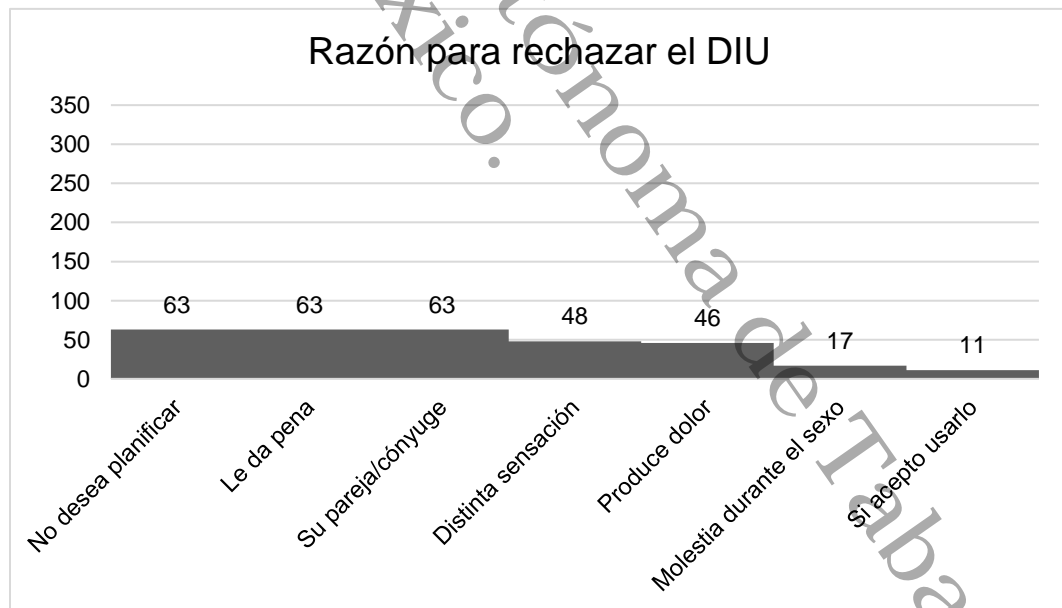


Gráfica 33 Razón para rechazar las tabletas



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

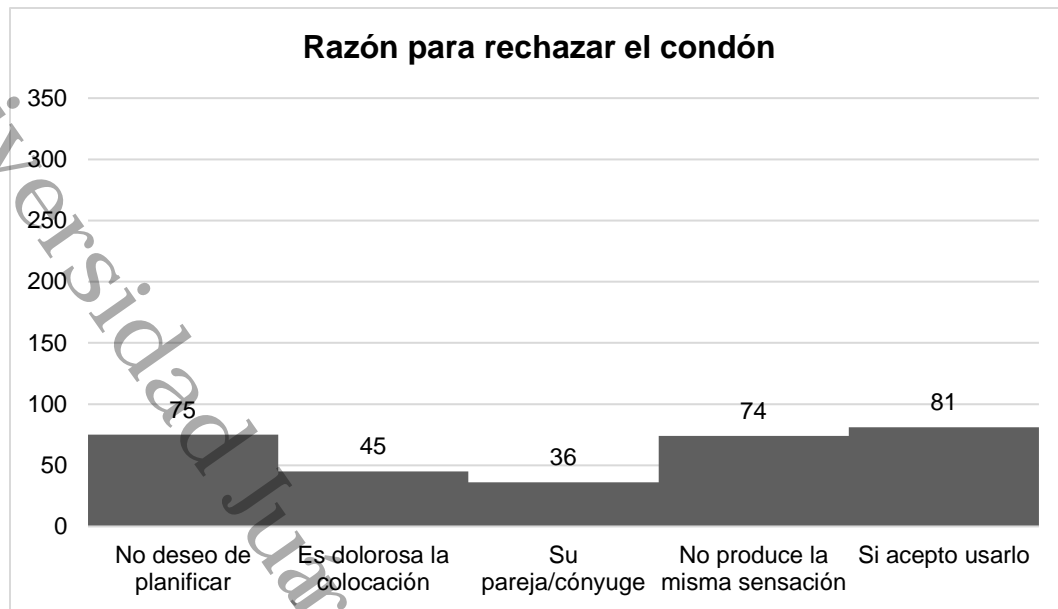
Gráfica 34 Razón para rechazar el DIU



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.



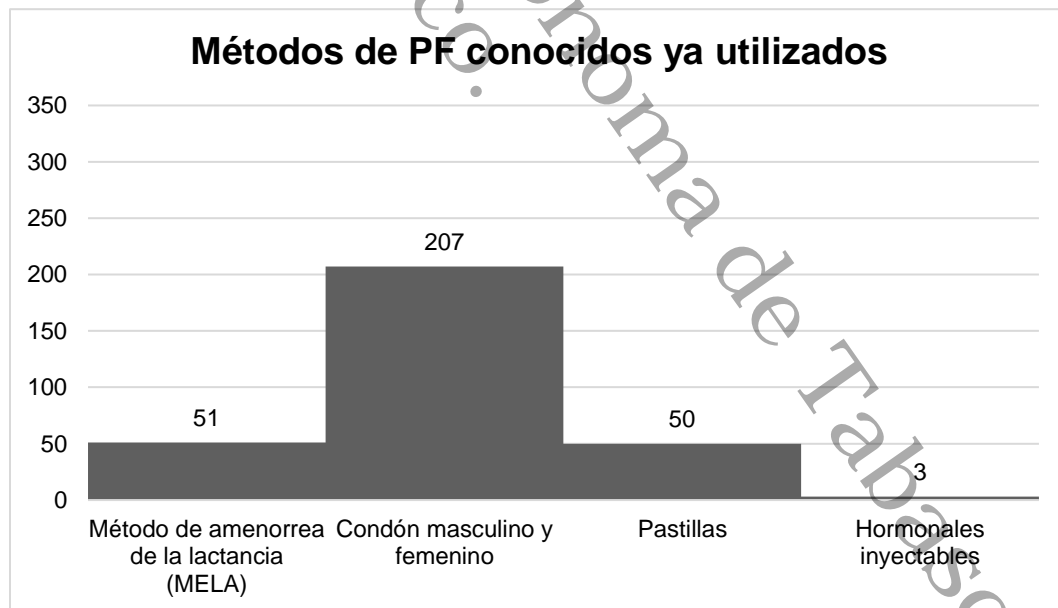
Gráfica 35 Razón para rechazar el condón



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

V. Prácticas

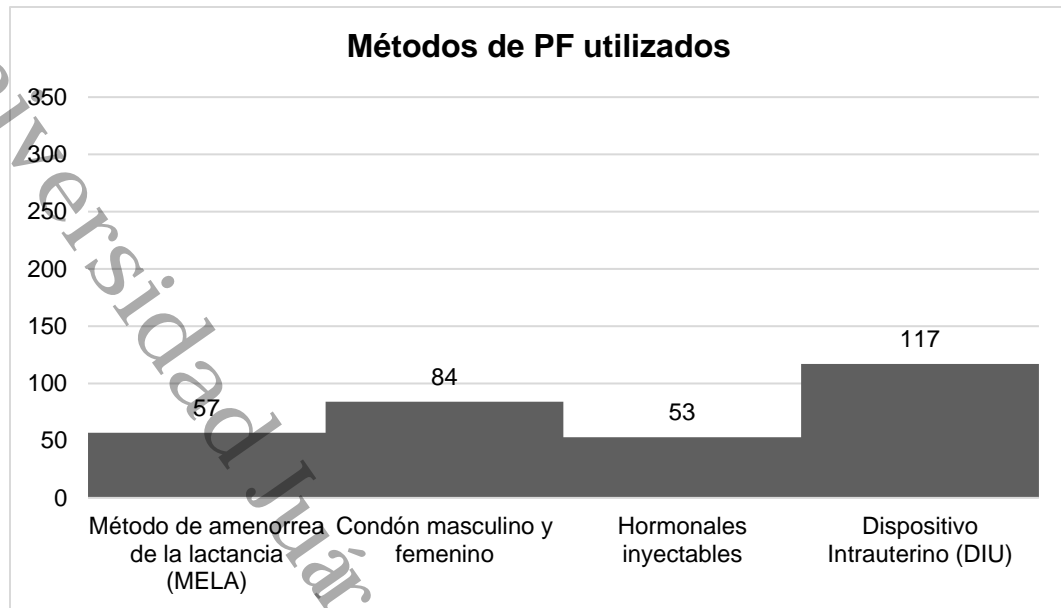
Gráfica 36 Métodos de PF conocidos ya utilizados



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

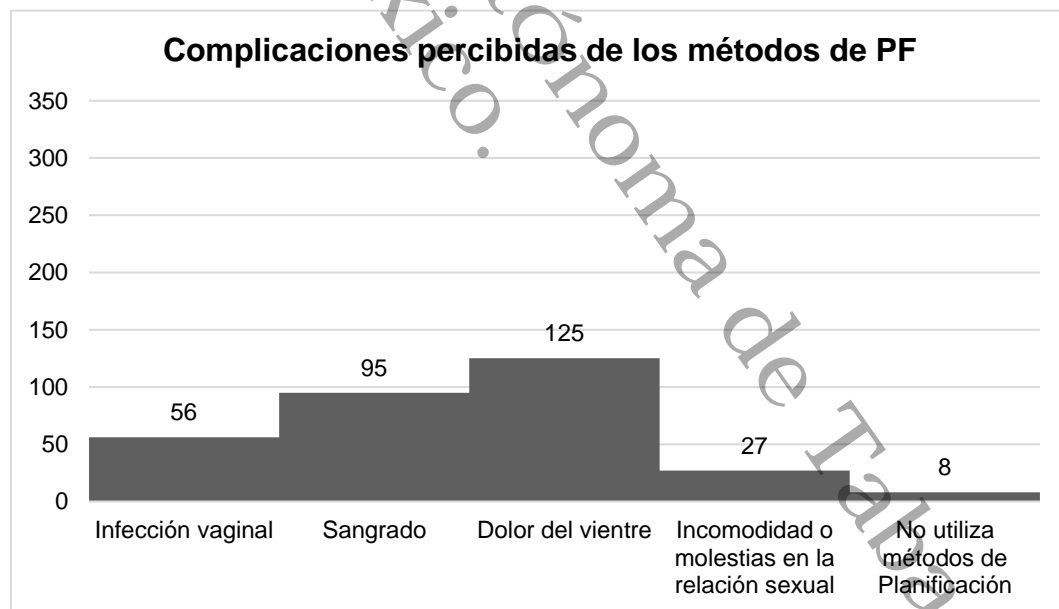


Gráfica 37 Métodos de PF utilizados



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

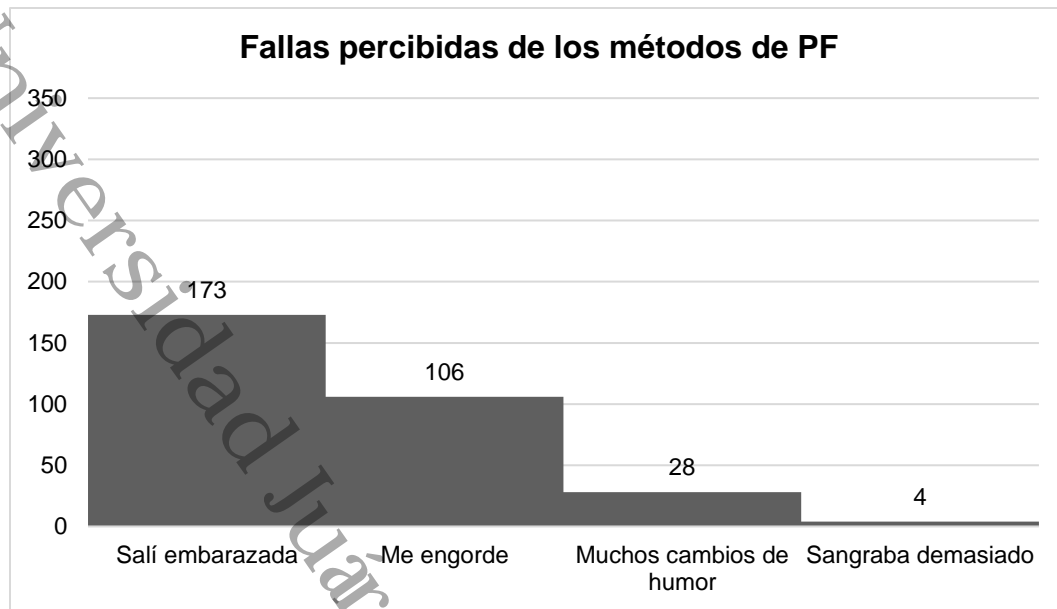
Gráfica 38 Complicaciones percibidas de los métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

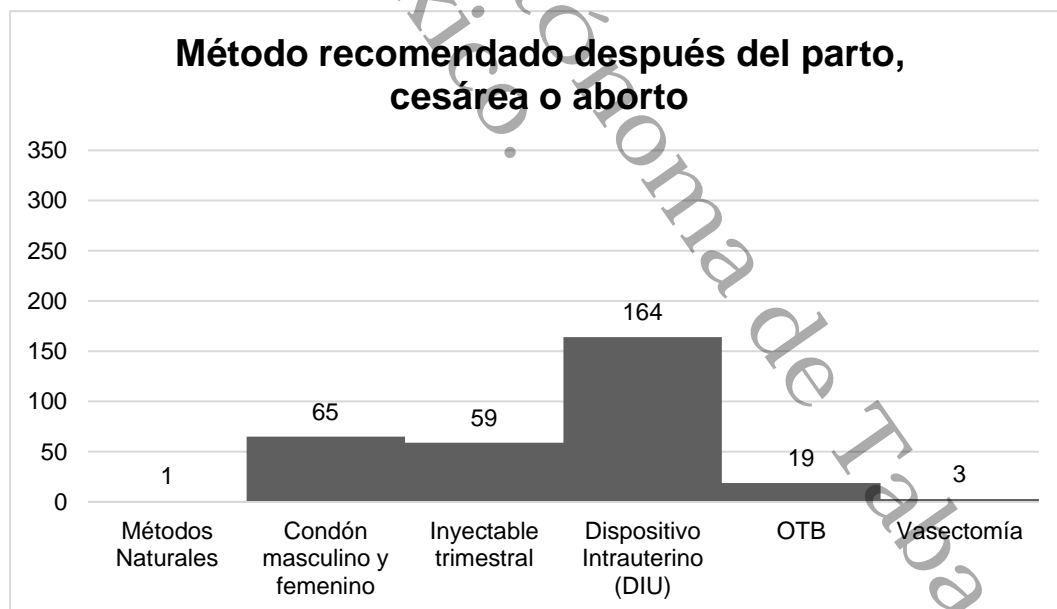


Gráfica 39 Fallas percibidas de los métodos de PF



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

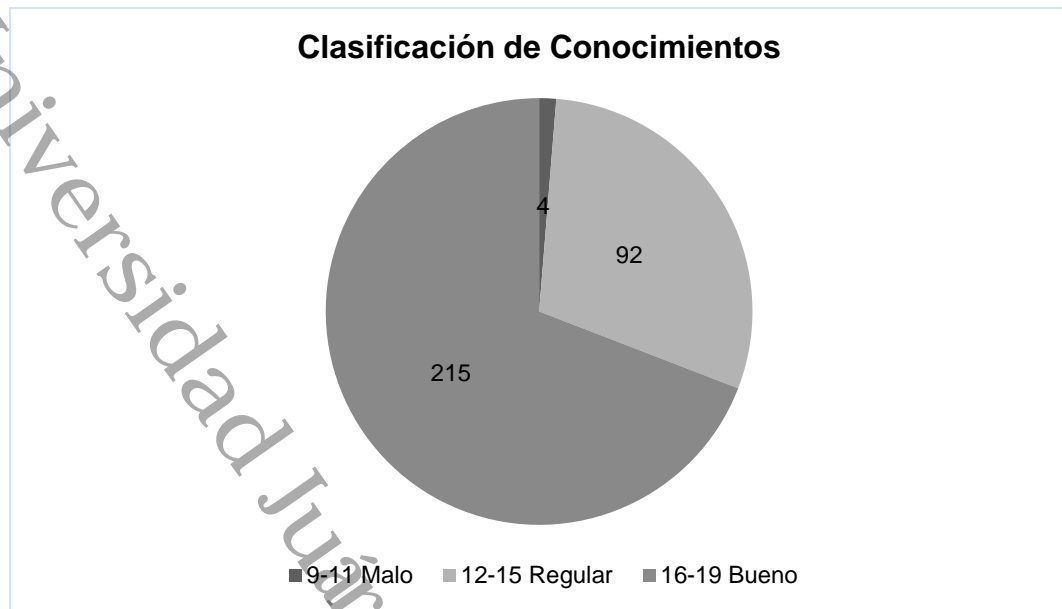
Gráfica 40 Método recomendado después del parto, cesárea o aborto



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

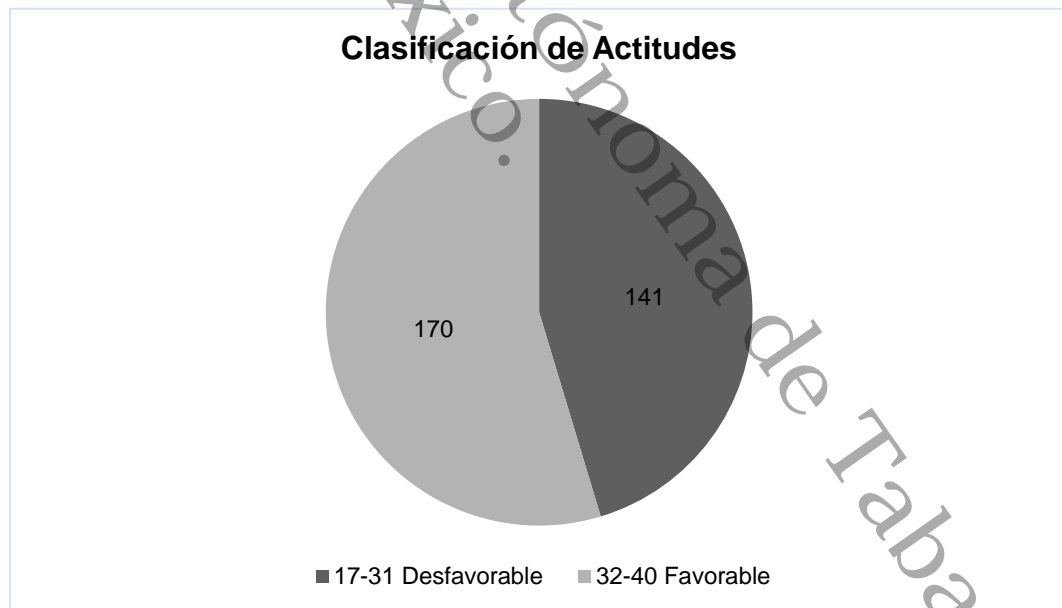


Gráfica 41 Clasificación de conocimientos



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.

Gráfica 42 Clasificación de actitudes



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Púerperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.



Gráfica 43 Clasificación de prácticas



Fuente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en Puérperas del HGZ No. 46, Villahermosa, Tabasco 2022.